REJESTR
ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię……..……...…… Nr albumu ……

Specjalność: edukacja wczesnoszkolna Rok studiów: III

NAZWA PRAKTYKI Praktyka pedagogiczna w przedszkolu Kod przedmiotu 10-1P-EDW3a

Forma praktyki: praktyka śródroczna Rok akad. ……..

Wymiar godzin: 40 Czas realizacji praktyk: od……..……do……

Miejsce realizacji praktyk:

……...……

……...

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Liczba godzin
		RAZEM	

…….....

Podpis studenta/ki

…….....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

…….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

Student poznaje placówkę, w której odbywa się praktyka poprzez: zaprezentowanie przez opiekuna praktyki struktury organizacyjnej danej placówki, poznanie dokumentacji placówki, a w tym aktów prawnych dotyczących funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowych programów nauczania.

Nazwa placówki:	
Status placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	
Struktura organizacyjna:	
Zadania placówki:	
Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć do placówki:	

Formy pracy:	
Metody pracy:	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	

…….....

Podpis studenta/ki

…….....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

…….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Praktyka pedagogiczna w przedszkolu Rok studiów: III Rok akad. …….

Data: …… Grupa/klasa: Liczba uczestników:……
…….

Czas trwania zajęć: …….. Prowadzący: ……..

Przedmiot/ blok organizacyjny: ……

Temat zajęć: ……

Lp.	GODZINA/ CZAS TRWANIA	PRZEBIEG	METODY I FORMY PRACY

ANALIZA ZAJĘĆ:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)	
Cele operacyjne	
Środki dydaktyczne	

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:

……

……

……

……

……

…….....

Podpis studenta/ki

…….....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

…….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Praktyka pedagogiczna w przedszkolu Rok studiów: III Rok akad. …….

Data: …… Grupa/klasa: ……. Liczba uczestników:……

Czas trwania zajęć: …….. Prowadzący: ……..

Przedmiot/ blok organizacyjny: ……

Temat zajęć: ……

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):

Cele operacyjne:
(zgodnie ze specyfiką specjalności)
1) wiedza

2) umiejętności:

3) postawy

Metody:

Formy:

Środki dydaktyczne:

Przebieg zajęć:

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Komentarz studenta:

Komentarz opiekuna praktyk:

…….....

Podpis studenta/ki

…….....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

…….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

DIAGNOZA DZIECKA/GRUPY DZIECI

DATA/TERMIN……..……

WIEK DZIECKA……...…….

CZAS OBSERWACJI…….

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………

……………………………......................
Podpis studenta/ki

……………………………......................... ………………………………………….
Podpis opiekuna praktyk w placówce Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: ..... Nr albumu:…….

Rok studiów: ……

Kierunek i specjalność: ……..……..

Nazwa praktyki: ……..…….

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia ……..2….r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

(pieczęć instytucji)