REJESTR
ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię……..……...…… nr albumu ……

Specjalność: ……..…….. Rok studiów ……....

NAZWA PRAKTYKI……...…… Kod przedmiotu…....…..

Forma praktyki: praktyka ciągła/praktyka śródroczna* Rok akad. …….……...

Wymiar godzin:…… 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	Ilość godzin
		RAZEM	

*** Właściwe podkreślić.**

…… ……

Podpis studenta Podpis 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:- akty prawne dotyczące funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowe programy nauczania.

Nazwa placówki:	
Status placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	
Struktura organizacyjna:	
Zadania placówki:	
Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć po placówki:	
Formy pracy:	
Metody pracy:	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	

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)

DIAGNOZA DZIECKA/GRUPY DZIECI

DATA/TERMIN……..……

WIEK DZIECKA……...…….

CZAS OBSERWACJI…….

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

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

……..... ……

Podpis opiekuna praktyk w placówce Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: …… Rok studiów:…… Rok akademicki …….. / ……

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 z placówki

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

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

……, dnia …….. 20…..r.
(miejscowość)

……
(podpis praktykanta)