



REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię..... nr albumu

Specjalność: **Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna**

Rok studiów I

NAZWA PRAKTYKI **asystencko-pedagogiczna w przedszkolach ogólnodostępnych**

Kod przedmiotu **10-1P-EPW2c**

Forma praktyki: praktyka ciągła/praktyka śródroczna*

Rok akad.

Wymiar godzin: **30 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	

*** Właściwie 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: **Pedagogika o profilu praktycznym; Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna**

Nazwa praktyki: **asystencko-pedagogiczna w przedszkolach ogólnodostępnych**

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia2....r.
(miejsowość)

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

(pieczęć

instytucji)



SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: **asystencko-pedagogiczna w
przedszkolach ogólnodostępnych**

Rok studiów:..... /

Rok akademicki

Liczba

Data:

Grupa/klasa:

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.
(miejsowość)

.....
(podpis praktykanta)