



## 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
		<b>RAZEM</b>	

\* 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.  
(miejsowość)

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

(pieczęć

instytucji)



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
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





## PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: ..... Rok studiów: ..... Rok akademicki: .....

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:**

<b>Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)</b>	
<b>Cele operacyjne</b>	
<b>Środki dydaktyczne</b>	

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk z placówki



## DZIENNIK INDYWIDUALNYCH KONSULTACJI STUDENTA

### Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: ..... nr albumu:.....

Rok studiów: .....

Kierunek i specjalność: .....

Nazwa praktyki: .....

L.p.	Data	Przedmiot konsultacji	Uwagi

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis praktykanta)