



## 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/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: ..... Rok studiów:..... Rok akad..... / .....

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

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

Przedmiot/ blok organizacyjny: .....

Temat zajęć: .....

<b>Lp.</b>	<b>GODZINA/ CZAS TRWANIA</b>	<b>PRZEBIEG</b>	<b>METODY I FORMY PRACY</b>

## 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 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:**

<b>Tok zajęć (struktura)</b>	<b>Szczegółowy opis czynności</b>	<b>Uwagi do realizacji</b>

**Komentarz studenta:**



**Komentarz opiekuna praktyk:**

.....

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.  
(miejsowość)

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

(pieczęć instytucji)



