



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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia2....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:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)	
Cele operacyjne	
Środki dydaktyczne	

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.
(miejscowość)

.....
(podpis praktykanta)