



SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Rok studiów: Rok akademicki: /

Data: Grupa/klasa: Liczba uczestników:

Czas trwania zajęć: Prowadzący:

Przedmiot/ blok organizacyjny:

Diagnoza logopedyczna:

Cel główny:

Cele szczegółowe

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 LOGOPEDYCZNA PRAKTYKANTA O
PODOPIECZNYM**

(diagnoza weryfikująca wstępne rozpoznanie logopedyczne)

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

....., dnia 20.....r.
(miejsowość)

.....
(podpis praktykanta)