



KARTA PRAKTYKANTA APS

Imię i nazwisko nr albumu

Kierunek studiów: pedagogika specjalna

Specjalność: logopedia

Rok studiów: III

Rok akademicki :

Nazwa i wymiar praktyki: Praktyka pedagogiczna dyplomowa (śródroczna) w gabinetach logopedycznych w placówkach oświatowych – 20godzin (1 tydzień)

Kod przedmiotu: 10-2P-LOG3d

1. Pełna nazwa i adres placówki praktyk:

.....
.....

.....
PIECZĘĆ FIRMOWA PLACÓWKI

.....
PODPIS DYREKTORA PLACÓWKI

2. HARMONOGRAM REALIZACJI ZADAŃ w miejscu praktyki

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Ilość godzin kontaktowe
1.		Planowanie i prowadzenie zajęć logopedycznych zgodnie z opracowaną koncepcją.	20 (godziny kontaktowe)
2.		Przygotowanie konspektów i pomocy do zajęć	
3.		Dokumentowanie prowadzonych przez siebie zajęć – ujęcie ich w protokołach zamieszczonych w scenariuszach realizacji zajęć logopedycznych.	

3. POTWIERDZENIE I OCENA OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW KSZTAŁCENIA W CZASIE PRAKTYKI

Lp.	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	Ocena pkt (1÷5)
1.	PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – WIEDZA	
	<p>Potrafi wyjaśnić (na poziomie elementarnym) jednorodne patomechanizmy trudności w językowym porozumiewaniu w wybranych przypadkach opóźnionego i zaburzonego rozwoju mowy</p> <p>Potrafi scharakteryzować różne rodzaje ćwiczeń logopedycznych oraz podać ich przykładowe formy</p>	
2.	PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – UMIEJĘTNOŚCI	
	<p>Potrafi realizować czynnie program terapii logopedycznej u wybranego podopiecznego</p> <p>Potrafi weryfikować program terapii w trakcie prowadzonego z wybranym podopiecznym usprawniania logopedycznego</p> <p>Ma umiejętność weryfikowania diagnozy wraz z podaniem dowodów po zakończeniu wyznaczonego cyklu usprawniania logopedycznego</p>	
3.	KOMPETENCJE SPOŁECZNE	
	<p>Potrafi współdziałać z opiekunami podopiecznego oraz z innymi specjalistami włączonymi w proces usprawniania dziecka</p>	

4. Dodatkowe uwagi

nauczyciela prowadzącego studenta podczas praktyk indywidualnych (opiekuna z Placówki)

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

Zaliczenie praktyki:

.....
(podpis opiekuna praktyk w placówce wraz z pieczętą)

.....
(podpis uczelnianego opiekuna praktyk)