



KARTA PRAKTYKANTA APS

Imię i nazwisko nr albumu

Kierunek studiów: Pedagogika Specjalna

Specjalność: Tyflopädagogika

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Nazwa i wymiar praktyki: **Praktyka asystencka w internatach dla dzieci słabowidzących
i niewidomych – 20 godzin (1 tydzień)**

Kod przedmiotu: **10-2P-TYF1c**

1. Pełna nazwa i adres placówki praktyk:

**Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej, Łaski, ul. Brzozowa 75,
05-080 Izabelin**

.....
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
1.		Zapoznanie się z funkcjonowaniem placówki – z jej strukturą organizacyjną, ogólnymi planami pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz sposobami ich realizacji.	2
2.		Poznanie grup/y wychowawczych/ej i zapoznanie się z koncepcją pracy zespołu wspierającego rozwój ucznia	2
3.		Obserwacja wybranego wychowanka, analiza jego dokumentacji i rozmowa z wychowawcą.	4
4.		Poznanie form działań wspierających ucznia organizowanych w ramach zajęć pozalekcyjnych i aktywny udział w tych działaniach	12
5.			
		RAZEM	

3. POTWIERDZENIE I OCENA OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW KSZTAŁCENIA W CZASIE PRAKTYKI

Lp.	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	Ocena pkt (1÷5)
1.	PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA	
	Zna założenia organizacyjne specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego dla uczniów z dysfunkcją wzroku Potrafi wymienić założenia programowe i zakres treści realizowanych w ramach zajęć pozalekcyjnych w internacie dla dzieci z dysfunkcją wzroku	
2.	PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI	
	Potrafi dokonać charakterystyki wybranych uczniów pod kątem ich samodzielności w zakresie czynności życia codziennego Potrafi dokonać analizy dokumentacji wybranego wychowanka	
3.	KOMPETENCJE SPOŁECZNE	
	Potrafi efektywnie współdziałać z personelem internatu dla uczniów z dysfunkcją wzroku	

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)