



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

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	Liczba godzin
RAZEM			

*** Właściwe podkreślić.**

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

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



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

PROTOKÓŁ HOSPITACJI

Nazwa praktyk:

Rok studiów:.....

Rok akad..... /

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 w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

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 w placówce:

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

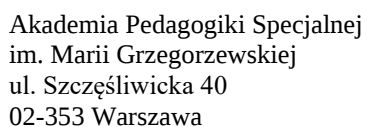
.....

.....

....., dnia2..... r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk w placówce)

(pieczęć instytucji)



DIAGNOZA DZIECKA/GRUPY

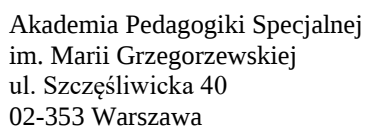
DATA/TERMIN.....**WIEK DZIECKA.....****CZAS OBSERWACJI.....**This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

.....

.....

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

.....
(podpis studenta/-ki

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
Załącznik nr

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 studenta/-ki)

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

SPRAWOZDANIE Z PRAKTYKI/ WOŁONTARIATU/ PRACY

1. Dane studenta

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Rok studiów:

Kod praktyki:

2. Miejsce praktyki/ wolontariatu/ pracy (pełna nazwa placówki, dokładny adres i numer telefonu) oraz wymiar godzinowy praktyki/ wolontariatu/ pracy:

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

3. Charakterystyka przedstawionej do wglądu dokumentacji¹, która pozwala stwierdzić wymiar godzinowy, termin i miejsce odbywania wolontariatu/ pracy, która ma zostać zaliczona w poczet praktyk studenckich

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

4. Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki/ wolontariatu/ pracy

.....

¹Może to być **zaświadczenie o wolontariacie**, które powinno zawierać dane pozwalające na identyfikację studenta (imię i nazwisko, rok studiów, specjalność, numer albumu) bądź **świadcstwo pracy** i/lub **umowa o pracę** zawierająca zadania wykonywane w ramach obowiązków służbowych.

5. Charakterystyka aktywności podejmowanej w ramach praktyki/ wolontariatu/ pracy

a. Uzasadnienie merytoryczne pozwalające stwierdzić, że praktyka/ wolontariat/ praca może zostać zaliczona w całości/ w części² w poczet praktyk studenckich

.....

.....

.....

.....

b. Charakterystyka zawierająca omówienie wykonywanych w trakcie praktyki/ wolontariatu/ pracy zadań i podejmowanych osobiście czynności

Opis wykonywanych zadań	Opis podejmowanych osobiście przez studenta czynności w ramach opisanych zadań	Orientacyjna liczba godzin

² Niepotrzebne skreślić.

--	--	--

c. Charakterystyka nowych doświadczeń oraz umiejętności nabytych w trakcie praktyki/ wolontariatu/ pracy

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
d. Opinia studenta o odbytej praktyce, zawierająca charakterystykę nowych doświadczeń oraz nabytych w trakcie praktyki umiejętności

.....
Podpis studenta/-ki

Pieczęć placówki

.....
Podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę/ wolontariat/ pracę

6. Informacja o zaliczeniu praktyk w roku akademickim/

.....
Data złożenia Sprawozdania z praktyk/ wolontariatu /pracy

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk