



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/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ



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

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 w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

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

.....
Podpis studenta/ki

.....
Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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)