



## 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

# PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ



Nazwa praktyk: ..... Rok studiów:..... Rok akad..... / .....

Data: ..... Grupa/klasa: ..... Liczba uczestników:.....

Czas trwania zajęć: ..... Prowadzący: .....

Przedmiot/ blok organizacyjny: .....

Temat zajęć: .....

| <b>Lp.</b> | <b>GODZINA/<br/>CZAS<br/>TRWANIA</b> | <b>PRZEBIEG</b> | <b>METODY I FORMY<br/>PRACY</b> |
|------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------|
|            |                                      |                 |                                 |

## ANALIZA ZAJĘĆ:

|   |  |
|---|--|
| <b>Cele ogólne<br/>(dydaktyczne,<br/>wychowawcze)</b> |  |
| <b>Cele operacyjne</b>                                |  |
| <b>Środki dydaktyczne</b>                             |  |

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:**

| <b>Tok zajęć<br/>(struktura)</b> | <b>Szczegółowy opis czynności</b> | <b>Uwagi do realizacji</b> |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
|                                  |                                   |                            |

**Komentarz studenta:**

**Komentarz opiekuna praktyk:**

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk