

		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:- akty prawne dotyczące funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowe programy nauczania.

Nazwa placówki:	
Status placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	
Struktura organizacyjna:	
Zadania placówki:	
Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć po 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 ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Praktyka pedagogiczna w placówkach prowadzących zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z autyzmem - 10-5P-ERA2b Rok studiów: II Rok akademicki

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: Praktyka pedagogiczna w placówkach prowadzących zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z autyzmem - 10-5P-ERA2b

Rok studiów:
II

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: II

Kierunek i specjalność: Pedagogika specjalna, Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem

Nazwa praktyki: Praktyka pedagogiczna w placówkach prowadzących zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z autyzmem- 10-5P-ERA2b

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia2..... r.
(miejsowość)

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

(pieczęć instytucji)



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

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

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

....., dnia 20.....r.
(miejsowość)

.....
(podpis studenta/-ki)

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk