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

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……, dnia …….. 20…..r. **……**
(miejscowość) (podpis praktykanta)

…….
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk