



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

.....

Podpis opiekuna praktyk

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:	



PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Rok studiów:..... 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 z placówki



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 z placówki

**DATA/TERMIN**.....**WIEK DZIECKA.....****CZAS OBSERWACJI.....**[illegible]

[illegible]

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.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

(pieczęć instytucji)



Nazwa praktyki:

L.p.	Data	Przedmiot konsultacji	Uwagi

.....
(podpis praktykanta)