DIAGNOZA DZIECKA/GRUPY DZIECI

DATA/TERMIN……..……

WIEK DZIECKA……...…….

CZAS OBSERWACJI…….

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

……..... ……

Podpis opiekuna praktyk w placówce Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

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

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

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

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

DZIENNIK INDYWIDUALNYCH KONSULTACJI STUDENTA

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: .....

nr albumu:…….

Rok studiów: **I**

Kierunek i specjalność: **pedagogika specjalna, surdopedagogika z terapią pedagogiczną**

Nazwa praktyki**: praktyka asystencka w poradniach rehabilitacyjnych, specjalnych przedszkolach dla dzieci z wadą słuchu (10-5P-STP1a)**

L.p.	Data	Przedmiot konsultacji	Uwagi

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