



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

kierunek studiów: .....

specjalność: .....

rodzaj studiów: .....

rok studiów: .....

rok akademicki: .....

**kod praktyki:** .....

**nazwa praktyki:** .....

# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

## **DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH**

.....  
imię i nazwisko studenta/studentki

.....  
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/tki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

## SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....<sup>1</sup>

**Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):**

.....  
.....

**Czas trwania zajęć:** .....

**Temat zajęć:** .....

**Cele ogólne** (dydaktyczne, wychowawcze):

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

**Cele operacyjne:**

**WIEDZA:**

.....  
.....

**UMIEJĘTNOŚCI:**

.....  
.....

**POSTAWY:**

.....  
.....

---

<sup>1</sup> Każde prowadzone zajęcia zapisywane są na odrębnym protokole. Student drukuje/wypełnia minimum 3 scenariusze stanowiące cykl warsztatów.

Imię i nazwisko studenta/teki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

**Metody:**

.....  
.....

**Formy:**

.....  
.....

**Środki dydaktyczne:**

.....  
.....

**PRZEBIEG ZAJĘĆ**

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

Imię i nazwisko studenta/teki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Imię i nazwisko studenta/ki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

**Komentarz i refleksje studenta/ki:**

.....

.....

.....

.....

**Komentarz opiekuna praktyki w placówce:**

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/ki: .....

Podpis opiekuna praktyki w placówce: .....

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: .....

Imię i nazwisko studenta/teki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

## KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE<sup>2</sup>

Termin odbywania praktyki: .....

Miejsce praktyki:

.....

(pełna nazwa jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

| Data | Godziny pracy | Przebieg dnia/wykonanych zadań praktyki | Uwagi |
|------|---------------|-----------------------------------------|-------|
|      |               |                                         |       |

Podpis studenta/ki: .....

Podpis opiekuna praktyki w placówce: .....

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: .....

---

<sup>2</sup> Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/ki: .....  
 Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
 Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

| Data | Godziny pracy | Przebieg dnia/wykonanych zadań praktyki | Uwagi |
|------|---------------|-----------------------------------------|-------|
|      |               |                                         |       |

Podpis studenta/ki: .....  
 Podpis opiekuna praktyki w placówce: .....  
 Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: .....

Imię i nazwisko studenta/teki: .....  
Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....  
Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

## **CHARAKTERYSTYKA GRUPY WARSZTATOWEJ**

DATA/TERMIN.....

WIEK UCZESTNIKÓW.....

CZAS OBSERWACJI.....

1. Analiza postaw występujących w grupie oraz zachodzących relacji między uczestnikami.
2. Rejestracja oraz analiza obserwowanych sytuacji i zdarzeń pedagogicznych.
3. Propozycje rozwiązania problemu, wskazówki instruktorów oraz nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogicznego
4. Uwagi metodyczne.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/ki

Podpis opiekuna praktyk w placówce

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk