



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

kierunek studiów: **Logopedia**

rodzaj studiów: **II stopnia (magisterskie)**

rok studiów: **II**

rok akademicki:

kod praktyki: LO-2P-LOG2a

nazwa praktyki: Praktyka pedagogiczna dyplomowa - terapia dzieci w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (60 godz.)

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:

REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI

Miejsce realizacji praktyk (pełna nazwa i dane adresowe):

.....
.....

Czas realizacji praktyk:

od..... do.....

HARMONOGRAM ZADAŃ W MIEJSCU PRAKTYKI¹:

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Ilość godzin
1.		Prowadzenie zajęć logopedycznych z dzieckiem z zaburzeniami mowy o złożonym patomechanizmie zgodnie z opracowaną koncepcją (30 godz.), przygotowanymi konspektami i pomocami do zajęć (20 godz.) oraz przygotowanie opinii logopedycznej wraz weryfikacją diagnozy logopedycznej (10 godz.).	60 (godziny kontaktowe)

Łączna liczba godzin: 60 godzin kontaktowych

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusu).

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

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

DANE STUDENTA/TKI:

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Rok studiów: **II**

Kierunek i specjalność: **Logopedia**

Nazwa praktyki: **Praktyka pedagogiczna dyplomowa - terapia dzieci w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (60 godz.)**

OPINIA OPIEKUNA W PLACÓWCE O PRZEBIEGU PRAKTYKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

.....

Pieczęć Instytucji:

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

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....²

Data: **Wiek:** **Liczba uczestników:**.....

Czas trwania zajęć:

Prowadzący:

Przedmiot/blok organizacyjny:

Cel główny:

.....

.....

Cele szczegółowe:

.....

.....

.....

.....

.....

Metody:

.....

.....

Formy:

.....

² Każde przeprowadzone zajęcia zapisywane są na odrębnym scenariuszu realizacji. Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości zrealizowanych zajęć.

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

Środki dydaktyczne:

.....

.....

.....

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

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

--	--	--

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 PLACÓWCE³

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:

³ 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:

ZAŁĄCZNIK NR 1
DIAGNOZA DZIECKA

(weryfikująca wstępne rozpoznanie logopedyczne)

DATA:

WIEK DZIECKA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

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

ZAŁĄCZNIK NR 2

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

[illegible]

....., dnia 20.....r.

(miejscowość) (podpis studenta/-ki)

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: