



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-LOG2b

nazwa praktyki: Praktyka pedagogiczna dyplomowa - terapia dorosłych 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 osobą dorosłą z zaburzeniami mowy o złożonym patomechanizmie zgodnie z opracowaną koncepcją, przygotowanymi konspektami i pomocami do zajęć	60 (godziny kontaktowe)

Łączna liczba godzin: 60 godzin kontaktowych

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusa).

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 dorosłych 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/tki:
 Numer albumu.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:
 Kod praktyki:Nazwa praktyki:

ZAŁĄCZNIK NR 1

DIAGNOZA OSOBY DOROSŁEJ

(weryfikująca wstępne rozpoznanie logopedyczne)

DATA:

WIEK OSOBY BADANEJ:

.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

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

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

(miejscowość) (podpis studenta/-ki)

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: