



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

**kierunek studiów:**    **Logopedia**

**rodzaj studiów:**        **I stopnia (licencjackie)**

**rok studiów:**            **II**

**rok akademicki:**        .....

**kod praktyki:**           **LO-3P-LOG3a**

**nazwa praktyki:**        **Praktyka pedagogiczna w gabinetach logopedycznych w  
przedszkolach LO-3P-LOG3a**

# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

## **DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH**

.....  
imię i nazwisko studenta/studentki

.....  
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/teki: .....

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 PRAKTYKI<sup>1</sup>:

| Lp. | Data realizacji | Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności                                                                 | Ilość godzin |
|-----|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.  |                 | Analiza istniejącej dokumentacji logopedycznej i innej specjalistycznej podopiecznego z zaburzeniami wymowy.                                                         | 3            |
| 2.  |                 | Zaplanowanie indywidualnego programu terapii logopedycznej dzieci (n=1-4) w wieku przedszkolnym z dyslalią.                                                          | 5            |
| 3.  |                 | Zaplanowanie poszczególnych zajęć logopedycznych, opracowanie ich scenariuszy oraz przygotowanie pomocy dydaktycznych do tych zajęć.                                 | 10           |
| 4.  |                 | Przeprowadzenie zajęć logopedycznych zgodnie z opracowanym programem terapii.                                                                                        | 20           |
| 5.  |                 | Weryfikacja diagnozy logopedycznej dokonywana w trakcie realizacji programu terapii logopedycznej dziecka z dyslalią (sformułowanie diagnozy wynikającej z terapii). | 2            |

**Łączna liczba godzin: 40**

---

<sup>1</sup> 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 w gabinetach logopedycznych w przedszkolach  
LO-3P-LOG3a**

### 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<sup>2</sup> REALIZACJI ZAJĘĆ LOGOPEDYCZNYCH

Scenariusz numer....

Data: ..... Imię i wiek dziecka: .....

Czas trwania zajęć: .....

Prowadzący: .....

**Cel główny:**

.....

.....

**Cele szczegółowe:**

.....

.....

.....

.....

**Metody:**

.....

.....

**Formy:**

.....

**Środki dydaktyczne:**

.....

.....

.....

### PRZEBIEG ZAJĘĆ

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

<sup>2</sup> 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: .....

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

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>3</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>3</sup> Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/teki: .....

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: .....

Kod praktyki: .....Nazwa praktyki: .....

# OPINIA LOGOPEDYCZNA PRAKTYKANATA O PODOPIECZNYM (DIAGNOZA WERYFIKUJĄCA)

IMIĘ I WIEK DZIECKA: .....

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

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

Imię i nazwisko studenta/teki: .....

Numer albumu.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność: .....

Kod praktyki: .....Nazwa praktyki: .....

## **ZAŁĄCZNIK NR 2**

# **OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI LOGOPEDYCZNEJ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejscowość)

Podpis studenta/ki: .....

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