



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

## SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: **Praktyka pedagogiczna w gabinetach logopedycznych w przedszkolach LO-3P-LOG3a**

Rok studiów: II

Rok akademicki ..... / .....

Data: .....

Liczba

uczestników: .....

Czas trwania zajęć: .....

Prowadzący: .....

Przedmiot/ blok  
organizacyjny: .....

Temat zajęć: .....

### **Cele ogólne:**

#### **Cele operacyjne:**

(zgodnie ze specyfiką  
specjalności)

1) wiedza:

2) umiejętności:

3) kompetencje  
społeczne:

### **Metody:**

### **Formy:**

**Środki  
dydaktyczne:**

### **Przebieg zajęć:**

<b>Tok zajęć (struktura)</b>	<b>Szczegółowy opis czynności</b>	<b>Uwagi do realizacji</b>

**Komentarz studenta:**

**Komentarz opiekuna praktyk w placówce:**

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

## KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

### Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: ..... Nr albumu: .....

Rok studiów: **II**

Kierunek i specjalność: **Logopedia**

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

### Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia ..... r.  
(miejsowość)

.....  
(czytelny podpis opiekuna praktyk w placówce)

(pieczęć instytucji)



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

Nazwa praktyk: **Praktyka pedagogiczna w gabinetach logopedycznych w przedszkolach LO-3P-LOG3a**

Rok studiów: II

Rok akademicki ..... /.....

## **OPINIA LOGOPEDYCZNA PRAKTYKANATA O PODOPIECZNYM (DIAGNOZA WERYFIKUJĄCA)**

**DATA/TERMIN**.....

**WIEK DZIECKA**.....

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

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk