



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-LOG3b**

nazwa praktyki: **Praktyka pedagogiczna w gabinetach logopedycznych w szkołach podstawowych LO-3P-LOG3b**

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 PRAKTYKI¹:

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 szkolnym 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

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 w gabinetach logopedycznych w szkołach podstawowych LO-3P-LOG3b

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:

SCENARIUSZ² 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 (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

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:

--	--	--

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

Imię i nazwisko studenta/ki:

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/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 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.

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: