



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

kierunek studiów: **Logopedia**

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

rok studiów: **III**

rok akademicki:

kod praktyki: LO-3P-LOG5a

nazwa praktyki: Praktyka pedagogiczna dyplomowa w gabinetach logopedycznych
w przedszkolach (30 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 dyslalią zgodnie z opracowaną koncepcją, przygotowanymi konspektami i pomocami do zajęć | 30 (godziny kontaktowe) |

Łączna liczba godzin: 30 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: **III**

Kierunek i specjalność: **Logopedia**

Nazwa praktyki: **Praktyka pedagogiczna dyplomowa w gabinetach logopedycznych w przedszkolach (30 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/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:

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:

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

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

ZAŁĄCZNIK NR 2

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

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

....., dnia 20.....r.
(miejsowość) (podpis studenta/-ki)

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: