

(miejsowość)

(czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

(pieczęć instytucji)



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

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ

Poziom studiów: II

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Nazwa praktyk: Praktyka pedagogiczna specjalistyczna w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (PC-2P-LOG1)

Data:

.....

Czas trwania zajęć:.....

Prowadzący:

Diagnoza

logopedyczna

dziecka:

| PACJENT (imię oraz wiek) | CZAS TRWANIA | PRZEBIEG |
|-----------------------------|--------------|----------|
| | | |

ANALIZA ZAJĘĆ:

| | |
|-------------|--|
| Cele ogólne | |
|-------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Cele szczegółowe | |
| Środki dydaktyczne | |
| Metody i formy pracy | |

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:

.....
.....

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

PROTOKÓŁ SAMODZIELNIE PROWADZONYCH ZAJĘĆ

Poziom studiów: II

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Nazwa praktyk: Praktyka pedagogiczna specjalistyczna w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (PC-2P-LOG1)

Data:

Czas trwania zajęć:.....

Prowadzący:

Diagnoza
logopedyczna
dziecka:

| PACJENT (imię oraz wiek) | CZAS TRWANIA | SZCZEGÓŁOWY PRZEBIEG | UWAGI |
|--------------------------------|-----------------|----------------------|-------|
| | | | |

ANALIZA ZAJĘĆ:

| | |
|-------------|--|
| Cele ogólne | |
|-------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Cele szczegółowe | |
| Środki dydaktyczne | |
| Metody i formy pracy | |

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk