

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI



Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: Nr albumu:

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki: **Praktyka pedagogiczna specjalistyczna w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (40 godz.)**

Pełna nazwa i adres placówki praktyk:

.....
.....

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

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

....., dniar.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

(pieczęć instytucji)

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ



Poziom studiów: studia drugiego stopnia

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Nazwa praktyk: **Praktyka pedagogiczna specjalistyczna w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (40 godz.)**

Data:

.....

Czas trwania zajęć:

.....

Prowadzący:

.....

Diagnoza
logopedyczna
pacjenta:

.....

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

PROTOKÓŁ SAMODZIELNIE PROWADZONYCH ZAJĘĆ



Poziom studiów: studia drugiego stopnia

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Nazwa praktyk: **Praktyka pedagogiczna specjalistyczna w gabinetach logopedycznych w placówkach kształcenia specjalnego oraz poradniach specjalistycznych (40 godz.)**

Data:

.....

Czas trwania
zajęć:

.....

Prowadzący:

.....

Diagnoza
logopedyczna
pacjenta:

.....

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