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

CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

Student poznaje placówkę, w której odbywa się praktyka poprzez: zaprezentowanie przez opiekuna praktyki struktury organizacyjnej danej placówki, poznanie dokumentacji placówki, ~~a~~ w tym aktów prawnych dotyczących funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowych programów nauczania.

Nazwa placówki:	
Status placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	
Struktura organizacyjna:	
Zadania placówki:	
Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć do placówki:	

Formy pracy:	
Metody pracy:	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	

…….....

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 HOSPITACJI

Nazwa praktyk: ……

Rok studiów:……. Rok akad.…... / …….

Data: …… Grupa/klasa: ……. Liczba uczestników:……

Czas trwania zajęć:..

Prowadzący: ……..

Przedmiot/ blok organizacyjny: ……

Temat zajęć: ……

Lp.	GODZINA/ CZAS TRWANIA	PRZEBIEG	METODY I FORMY PRACY

ANALIZA ZAJĘĆ:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)	
Cele operacyjne	
Środki dydaktyczne	

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

ZGŁOSZENIE

studenta na praktykę w celu przygotowania skierowania

Dane studenta realizującego praktyki w trybie indywidualnym:

Imię i nazwisko: .....

Numer albumu: .....

Rok studiów: .....

Kierunek: …….....

Specjalność: .....

Miejsce planowanego odbywania praktyk:

Nazwa i adres placówki: .....

……

Warszawa, ...

Data i czytelny podpis studenta

Wyrażam zgodę na odbywanie przez studenta praktyk w wyżej wymienionej placówce.

Warszawa, ...

Data i czytelny podpis opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

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

Dane studenta

Imię i nazwisko: .....

Numer albumu: .....

Kierunek: .....

Specjalność: .....

Rok studiów: .....

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Niniejszym oświadczam, że będę realizować[1] praktyki:

1. **w trybie uczelnianym,** rozliczając się poprzez *Kartę Praktykanta APS* oraz wypełniając *Dokumentację praktyk.*
2. **w trybie indywidualnym,** by móc zaliczyć praktykę w wybranym przez siebie i zatwierdzonym przez opiekuna praktyk miejscu, rozliczając się poprzez *Kartę Praktykanta APS* oraz wypełniając *Dokumentację praktyk.*

Oświadczam również, że zapoznałem/ zapoznałam się z treścią „Regulaminu praktyk w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej".

Warszawa, ...

.....
czytelny podpis studenta/-ki

[1] Niepotrzebne skreślić.