



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 | |
| Cele operacyjne - dydaktyczne - rewalidacyjne - wychowawcze | |
| 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

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk:

Rok studiów:.....

Rok akademicki /.....

Data:

Grupa/klasa:

Liczba
uczestników:.....

Czas trwania zajęć:

Prowadzący:

Przedmiot/ blok
organizacyjny:

Temat zajęć:

Cele ogólne
(**dydaktyczne,**
wychowawcze):

Cele operacyjne:
(zgodnie ze specyfiką
specjalności)
1) dydaktyczne

2) wychowawcze

3) rewalidacyjne

Metody:

Formy:

Środki
dydaktyczne:

Przebieg zajęć:

| Tok zajęć (struktura) | Szczegółowy opis czynności | Uwagi do realizacji |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | |

Komentarz studenta:

Komentarz opiekuna praktyk w placówce:

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

