



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

kierunek studiów: .....

specjalność: .....

rodzaj studiów: .....

rok studiów: .....

rok akademicki: .....

**kod praktyki: PC-5P-TEA2**

**nazwa praktyki:** .....

## **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:.....

## PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ NR.....<sup>1</sup>

**Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):**

.....  
.....

**Imię i nazwisko osoby prowadzącej hospitowane zajęcia:**

.....

**Data zajęć/czas trwania zajęć:** .....

**Temat zajęć:**.....

Lp.	GODZINA/CZAS TRWANIA	PRZEBIEG ZAJĘĆ	METODY I FORMY PRACY

<sup>1</sup> Każde obserwowane zajęcia zapisywane są na odrębnym protokole hospitacji. Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości hospitowanych zajęć.

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

--	--	--	--

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

**ANALIZA HOSPITOWANYCH ZAJĘĆ:**

<b>Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):</b>	
<b>Cele operacyjne:</b>  <b>WIEDZA</b>  <b>UMIEJĘTNOŚCI</b>  <b>POSTAWY</b>	
<b>Środki dydaktyczne:</b>	

**Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski Studenta/ki:**

.....  
.....

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 PLACÓWCE<sup>2</sup>

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: .....

<sup>2</sup> Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/ki: .....  
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:.....

## **SPRAWOZDANIE Z PRAKTYKI<sup>3</sup>**

### **1. Dane studenta**

Imię i nazwisko: .....

Numer albumu: .....

Kierunek: .....

Specjalność: .....

Rok studiów: .....

Kod praktyki: **PC-5P-TEA2**

### **2. Miejsce praktyki (pełna nazwa placówki, dokładny adres i numer telefonu) oraz wymiar godzinowy praktyki:**

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

### **3. Charakterystyka przedstawionej do wglądu dokumentacji, która pozwala stwierdzić wymiar godzinowy, termin i miejsce odbywania praktyk**

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

### **4. Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki**

.....

### **5. Charakterystyka aktywności podejmowanej w ramach praktyki**

a. Uzasadnienie merytoryczne pozwalające stwierdzić, że praktyka może zostać zaliczona na poczet praktyk studenckich

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

Imię i nazwisko studenta/teki: .....

Numer albumu:.....Rok studiów: .....Kierunek/specjalność:.....

Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

b. Charakterystyka zawierająca omówienie wykonywanych w trakcie praktyki zadań i podejmowanych osobiście czynności

<b>Opis wykonywanych zadań</b>	<b>Opis podejmowanych osobiście przez studenta czynności w ramach opisanych zadań</b>	<b>Orientacyjna liczba godzin</b>

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

## CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK<sup>4</sup>

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:	

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

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 praktyki w placówce: .....

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: .....