



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-TPE1

nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....
Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI

Miejsce realizacji praktyk (pełna nazwa i dane adresowe):

.....
.....

Czas realizacji praktyk:

od..... do.....

HARMONOGRAM ZADAŃ W MIEJSCU PRAKTYKI¹:

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Ilość godzin
1			
2			
3			
4			
5			
6			

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusa).

Imię i nazwisko studenta/teki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

7			
8			
9			

Łączna liczba godzin:

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....
Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

DANE STUDENTA/TKI:

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu**

OPINIA OPIEKUNA W PLACÓWCE O PRZEBIEGU PRAKTYKI:

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

Data:

.....

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

.....

Pieczęć Instytucji:

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....
Kod praktyki: PC-5P-TPEI Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ NR.....²

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

² 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: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

--	--	--	--

Imię i nazwisko studenta/teki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

ANALIZA HOSPITOWANYCH ZAJĘĆ:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):	
Cele operacyjne: WIEDZA UMIEJĘTNOŚCI POSTAWY	
Środki dydaktyczne:	

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: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....³

Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):

.....
.....

Czas trwania zajęć:

Temat zajęć:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):

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

Cele operacyjne:

WIEDZA:

.....
.....

UMIEJĘTNOŚCI:

.....
.....

POSTAWY:

.....
.....

³ 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: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

Metody:

.....
.....

Formy:

.....
.....

Środki dydaktyczne:

.....
.....

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Imię i nazwisko studenta/teki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

--	--	--

Imię i nazwisko studenta/ki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

Komentarz i refleksje studenta/ki:

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

Komentarz opiekuna praktyki w placówce:

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

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: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

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:	

Imię i nazwisko studenta/teki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć do placówki:	
Formy pracy:	
Metody pracy:	

Imię i nazwisko studenta/teki:

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

Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	
---	--

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....
Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE⁴

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:

⁴ Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....
Kod praktyki: PC-5P-TPE1 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w przedszkolu

Data	Godziny pracy	Przebieg dnia/wykonanych zadań praktyki	Uwagi

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: