



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

kierunek studiów: .....

specjalność: .....

rodzaj studiów: .....

rok studiów: .....

rok akademicki: .....

**kod praktyki:** .....

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

## **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:.....Nazwa praktyki:.....

## REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI

**Miejsce realizacji praktyk (pełna nazwa i dane adresowe):**

.....  
.....

**Czas realizacji praktyk:**

**od**..... **do**.....

### HARMONOGRAM ZADAŃ W MIEJSCU PRAKTYKI<sup>1</sup>:

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Ilość godzin

**Łączna liczba godzin:** .....

<sup>1</sup> Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusu).

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

## **KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI**

### **DANE STUDENTA/TKI:**

Imię i nazwisko: .....

Numer albumu: .....

Rok studiów: .....

Kierunek i specjalność: .....

Nazwa praktyki: .....

### **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:.....Nazwa praktyki:.....

## PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ NR.....<sup>2</sup>

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

.....  
.....

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

.....

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

**Temat zajęć:**.....

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

<sup>2</sup> Każde obserwowane zajęcia zapisywane są na odrębnym protokole hospitolacji. Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości hospitolowanych 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:.....

## SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....<sup>3</sup>

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

.....  
.....

**Czas trwania zajęć:** .....

**Temat zajęć:** .....

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

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

**Cele operacyjne:**

**WIEDZA:**

.....  
.....

**UMIEJĘTNOŚCI:**

.....  
.....

**POSTAWY:**

.....  
.....

---

<sup>3</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:.....

**Metody:**

.....  
.....

**Formy:**

.....  
.....

**Środki dydaktyczne:**

.....  
.....

**PRZEBIEG ZAJĘĆ**

<b>Tok zajęć (struktura)</b>	<b>Szczegółowy opis czynności</b>	<b>Uwagi do realizacji</b>

Imię i nazwisko studenta/tki: .....  
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:.....

**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:.....Nazwa praktyki:.....

## KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE<sup>4</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>4</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: .....



