



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

kierunek studiów: **Pedagogika Specjalna**

specjalność: **Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową (Tyflopädagogika)**

rodzaj studiów: **jednolite magisterskie**

rok studiów: **IV**

rok akademicki:

kod praktyki: PC-5P-TYF2

nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących (20 godz.)

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE¹

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:

Łączna liczba godzin:

¹ Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ REWALIDACJI INDYWIDUALNEJ

NR.....²

Charakterystyka dziecka/dzieci

.....
.....

Imię i nazwisko osoby prowadzącej hospitowane zajęcia:

.....

Data zajęć/czas trwania zajęć:.....

Temat zajęć:.....

Lp.	Czas trwania	Przebieg zajęć	Uwagi do realizacji zajęć ³

² Każde obserwowane zajęcia zapisywane są na odrębnym protokole hospitacji. Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości hospitowanych zajęć.

³ Należy wpisać zaobserwowane trudności, możliwości dziecka, strategie kompensacyjne, dostosowania (np. uczeń potrzebował dodatkowego źródła światła, pracował z lupą 6x, itp.)

Imię i nazwisko studenta/teki:
 Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
 Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

--	--	--	--

Analiza hospitowanych zajęć:

Cele rewalidacyjne:	
Metody:	
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: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

KONSPEKT ZAJĘĆ REWALIDACJI INDYWIDUALNEJ NR.....⁴

Charakterystyka dziecka/dzieci

.....
.....

Imię i nazwisko Studenta prowadzącego zajęcia:

.....

Data zajęć/czas trwania zajęć:

Temat zajęć:.....

Cele rewalidacyjne:

-
-
-
-
-

Metody:

Środki dydaktyczne:

⁴ 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: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

Przebieg zajęć

I Część wstępna

- 1.
- 2.

II Część właściwa

- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

III Zakończenie

- 7.

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/tki:
Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ ZINTEGROWANYCH

Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):

.....
.....

Czas trwania zajęć:

Temat zajęć:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):

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

Cele operacyjne:

WIEDZA:

.....
.....

UMIEJĘTNOŚCI:

.....
.....

POSTAWY:

.....
.....

Metody:

.....
.....

Formy:

.....
.....

Środki dydaktyczne:

.....
.....

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: Pedagogika specjalna/Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową
Kod praktyki: PC-5P-TYF2 Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie edukacji i rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących

--	--	--

Komentarz i refleksje studenta/ki:

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

Komentarz opiekuna praktyki w placówce:

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

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: