



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

kierunek studiów: **pedagogika specjalna**

specjalność: **wczesne wspomaganie rozwoju dziecka**

rodzaj studiów: **jednolite magisterskie**

rok studiów: **III**

rok akademicki:

kod praktyki: **PC-5P-WWR2**

nazwa praktyki: **Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem:
żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

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

Łączna liczba godzin: 20

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusu).

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

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: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ NR²

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: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

--	--	--	--

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

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: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE³

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:

³ Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

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: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

KARTA: CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pełna nazwa jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Student poznaje placówkę, w której odbywa praktykę poprzez: zaprezentowanie przez opiekuna praktyki struktury organizacyjnej danej placówki, poznanie dokumentacji placówki, a w tym: akty prawne dotyczące funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowe programy pracy.

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:	

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

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:

Imię i nazwisko studenta/teki:
 Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
 Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

KARTA: CHARAKTERYSTYKA DZIECKA

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....
 (pełna nazwa jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Charakterystyka dokonana na podstawie analizy dokumentacji, wywiadu, rozmowy, obserwacji wybranego dziecka i jego rodziny oraz zapoznanie się z procesem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego)

Imię, wiek dziecka	
--------------------	--

	Mocne strony	Obszary wymagające wsparcia
Uczenie się i stosowanie wiedzy		
Percepcja – zainteresowanie sensoryczne, kontrola, spostrzeganie		
Porozumiewanie się (komunikacja werbalna i niewerbalna)		
Przystosowanie emocjonalno-społeczne)		
Poruszanie się- sprawność ruchowa		
Chwywanie, zręczność - manipulacja		
Zabawa (formy aktywności)		

Imię i nazwisko studenta/teki:
 Numer albumu: Rok studiów: III Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
 Kod praktyki: **PC-5P-WWR2** Nazwa praktyki: Praktyka asystencka w placówkach opieki nad małym dzieckiem: żłobki, kluby malucha, domy małego dziecka

Dbanie o siebie) samodzielność, zaradność, samoobsługa)		
Ogólne podsumowanie		

Wnioski:

Rodzaje wskazanych oddziaływań stymulujących rozwój dziecka a) czynniki wpływające na podwyższenie aktywności dziecka zabawowej b) czynniki obniżające aktywność dziecka	
Metody aktywizacji dzieci	
Zasady pracy z dzieckiem	

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: