



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: **IV**

rok akademicki:

kod praktyki: PC-5P-WWR5a

nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

DLA KIERUNKÓW PEDAGOGICZNYCH

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach
wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Kod praktyki: **PC-5P-WWR5a** Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).**

--	--	--	--

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach
wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR5a** Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).**
Metody:

.....
.....

Formy:

.....
.....

Środki dydaktyczne:

.....
.....

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR5a** Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

--	--	--

Komentarz i refleksje studenta/ki:

.....
.....

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR5a** Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach
wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**
.....
.....

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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/teki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach
wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).

DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI⁵

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:	

⁵ Wynikające z ustaleń z opiekunem praktyki z ramienia uczelni.

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: **PC-5P-WWR5a** Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.).**

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:

Imię i nazwisko studenta/teki:
Numer albumu: Rok studiów: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: IV Kierunek/specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka
 Kod praktyki: PC-5P-WWR5a Nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w placówkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu (40 godz.)**.

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: