



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

kierunek studiów: .....

specjalność: .....

rodzaj studiów: .....

rok studiów: .....

rok akademicki: .....

**kod praktyki: PE-2P-PRK2**

**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/tki: .....  
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:.....

## SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....<sup>2</sup>

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

.....  
.....

**Czas trwania zajęć:** .....

**Temat zajęć:** .....

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

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

**Cele operacyjne:**

**WIEDZA:**

.....  
.....

**UMIEJĘTNOŚCI:**

.....  
.....

**POSTAWY:**

.....

---

<sup>2</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**

| Tok zajęć<br>(struktura) | Szczegółowy opis czynności | Uwagi do realizacji |
|--------------------------|----------------------------|---------------------|
|                          |                            |                     |

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Imię i nazwisko studenta/ki: .....  
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>3</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>3</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: .....