



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

REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię..... Nr albumu

Specjalność: Rok studiów

NAZWA PRAKTYKI..... Kod przedmiotu.....

Forma praktyki: praktyka ciągła/praktyka śródroczna* Rok akad.

Wymiar godzin:..... Czas realizacji praktyk: od.....do.....

Miejsce realizacji praktyk:

.....
.....

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

*** Właściwe podkreślić.**

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

Student poznaje placówkę, w której odbywa się praktyka poprzez: zaprezentowanie przez opiekuna praktyki struktury organizacyjnej danej placówki, poznanie dokumentacji placówki, a w tym aktów prawnych dotyczących funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowych programów nauczania.

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:	

Formy pracy:	
Metody pracy:	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

PROTOKÓŁ HOSPITACJI

Nazwa praktyk:

Rok studiów:.....

Rok akad..... /

Data:

Grupa/klasa:

Liczba

uczestników:.....

Czas trwania zajęć:..

Prowadzący:

Przedmiot/ blok
organizacyjny:

Temat zajęć:

Lp.	GODZINA/ CZAS TRWANIA	PRZEBIEG	METODY I FORMY PRACY

ANALIZA ZAJĘĆ:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)	
Cele operacyjne	
Środki dydaktyczne	

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:

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

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk:

Rok studiów:.....

Rok akademicki /.....

Data:

Grupa/klasa:

Liczba
uczestników:.....

Czas trwania zajęć:

Prowadzący:

Przedmiot/ blok
organizacyjny:

Temat zajęć:

Cele ogólne
(dydaktyczne,
wychowawcze):

Cele operacyjne:
(zgodnie ze specyfiką
specjalności)
1) wiedza

2) umiejętności:

3) postawy

Metody:

Formy:

Środki
dydaktyczne:

Przebieg zajęć:

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Komentarz studenta:

Komentarz opiekuna praktyk w placówce:

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: Nr albumu:.....

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki:

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

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

....., dnia2..... r.
(miejsowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk w placówce)

(pieczęć instytucji)



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

DZIENNIK INDYWIDUALNYCH KONSULTACJI STUDENTA

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: Nr albumu:.....

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki:

L.p.	Data	Przedmiot konsultacji	Uwagi

....., dnia 20.....r.
(miejscowość)

.....
(podpis studenta/-ki)

.....
Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

SPRAWOZDANIE Z PRAKTYKI/ WOLONTARIATU/ PRACY

1. Dane studenta

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Rok studiów:

Kod praktyki:

2. Miejsce praktyki/ wolontariatu/ pracy (pełna nazwa placówki, dokładny adres i numer telefonu) oraz wymiar godzinowy praktyki/ wolontariatu/ pracy:

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

3. Charakterystyka przedstawionej do wglądu dokumentacji¹, która pozwala stwierdzić wymiar godzinowy, termin i miejsce odbywania wolontariatu/ pracy, która ma zostać zaliczona w poczet praktyk studenckich

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

4. Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki/ wolontariatu/ pracy

.....

¹Może to być **zaświadczenie o wolontariacie**, które powinno zawierać dane pozwalające na identyfikację studenta (imię i nazwisko, rok studiów, specjalność, numer albumu) bądź **świadcstwo pracy** i/lub **umowa o pracę** zawierająca zadania wykonywane w ramach obowiązków służbowych.

5. Charakterystyka aktywności podejmowanej w ramach praktyki/ wolontariatu/ pracy

a. Uzasadnienie merytoryczne pozwalające stwierdzić, że praktyka/ wolontariat/ praca może zostać zaliczona w całości/ w części² w poczet praktyk studenckich

.....

.....

.....

.....

b. Charakterystyka zawierająca omówienie wykonywanych w trakcie praktyki/ wolontariatu/ pracy zadań i podejmowanych osobiście czynności

Opis wykonywanych zadań	Opis podejmowanych osobiście przez studenta czynności w ramach opisanych zadań	Orientacyjna liczba godzin

² Niepotrzebne skreślić.

--	--	--

c. Charakterystyka nowych doświadczeń oraz umiejętności nabytych w trakcie praktyki/ wolontariatu/ pracy

.....
.....

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

d. Opinia studenta o odbytej praktyce, zawierająca charakterystykę nowych doświadczeń oraz nabytych w trakcie praktyki umiejętności

.....

Podpis studenta/-ki

Pieczęć placówki

.....

Podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę/ wolontariat/ pracę

6. Informacja o zaliczeniu praktyk w roku akademickim/

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

.....

Data złożenia Sprawozdania z praktyk/ wolontariatu /pracy

.....

Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk