



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

kierunek studiów:

specjalność:

rodzaj studiów:

rok studiów:

rok akademicki:

kod praktyki:

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

Miejsca realizacji praktyk (pełna nazwa i dane adresowe w przypadku realizacji procesów coachingowych we współpracy z placówką szkoleniowo-coachingową):

.....
.....

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

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusa).

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

Prowadzenie procesu coachingowego²

Charakterystyka sposobu rekrutacji klienta:

.....
.....

Czas trwania procesu i ilość sesji coachingowych w procesie:

.....

Ogólna charakterystyka celu procesu coachingowego:

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

Metody zastosowane przez coacha:

.....
.....

Osiągnięte rezultaty:

.....
.....

Komentarz i refleksje studenta/ki:

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

² Dla każdego procesu coachingowego należy sporządzić osobny opis.

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

Komentarz opiekuna praktyki w placówce (w przypadku realizacji procesu we współpracy z placówką szkoleniowo-coachingową):

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

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

Superwizja praktyki w zakresie coachingu indywidualnego³

Termin superwizji:

Cele superwizji:

.....
.....

Refleksje dot. uzyskanego wsparcia:

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

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

³ Dla każdej superwizji należy sporządzić osobny opis.

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

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWKACH⁴

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/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 placówce⁵:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

⁵ W przypadku współpracy z placówką szkoleniowo-coachingową