

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
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

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

**DOKUMENTACJA PRZEPROWADZONYCH ZAJĘĆ Z
GRUPĄ DZIECI LUB Z INDYWIDUALNYM DZIECKIEM
PODPISANA PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK W PLACÓWCE**

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

--	--	--	--

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

REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię..... Nr albumu

Kierunek: Rok studiów:

Nazwa praktyki:

Kod przedmiotu:

Forma praktyki: 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	

.....
Podpis studenta/ki

.....
Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk