



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

kierunek studiów:

specjalność:

rodzaj studiów:

rok studiów:

rok akademicki:

kod praktyki: PS-3P-PS2

nazwa praktyki: Praktyka specjalistyczna – 1 (80 godzin)

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

.....
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 PRAKTYKI¹:

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

Łączna liczba godzin:

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusa).

Imię i nazwisko studenta/teki:
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:.....

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE²

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:

² Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

Imię i nazwisko studenta/teki:
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: