



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

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
		Zapoznanie się z całokształtem funkcjonowania placówki, szczególnie z jej strukturą organizacyjną, ogólnymi planami pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz sposobami ich realizacji.	2
		Poznanie form działań wpierających dzieci organizowanych w ramach zajęć dydaktyczno-wychowawczych.	2
		Poznanie metod i narzędzi dokonywania wieloprofilowej oceny funkcjonalnej dziecka oraz wytycznych do konstruowania indywidualnych planów rozwoju dziecka – w odwołaniu do uszczegółowionej wiedzy z zakresu pedagogiki, psychologii i socjologii.	4
		Dokonanie analizy dokumentów dotyczących określonego dziecka. Szczególnie koncentrowanie się na anamnezie osobniczej i rodzinnej dziecka, obserwacji, rozmowie z nauczycielem oraz sporządzenie anonimowej charakterystyki wybranego dziecka.	7
		Student hospituje zajęcia. Obserwując zajęcia student powinien poznać organizację nauczania, przebieg procesu nauczania, wsparcia dziecka w poszczególnych grupach wiekowych oraz swoistość przebiegu zajęć lub innych form wsparcia dziecka. Przedstawia uczelnianemu opiekunowi praktyki 2 protokoły hospitacji zajęć.	5
		Student włącza się w sprawowanie opieki nad dziećmi podczas realizacji zajęć, aktywnie uczestniczy w merytorycznych elementach zajęć z grupą – prowadzi zajęcia według przygotowanych przez siebie scenariuszy (zaakceptowanych przez opiekuna praktyki) pod opieką nauczyciela. Pomaga w przygotowaniu przyborów, sprzętu oraz organizacji miejsca do zajęć. Przedstawia uczelnianemu opiekunowi praktyki minimum 2 scenariusze przeprowadzonych przez siebie zajęć.	40

Łączna liczba godzin:

¹ 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:.....

PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ NR.....²

Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):

.....
.....

Imię i nazwisko osoby prowadzącej hospitowane zajęcia:

.....

Data zajęć/czas trwania zajęć:

Temat zajęć:.....

Lp.	GODZINA/CZAS TRWANIA	PRZEBIEG ZAJĘĆ	METODY I FORMY PRACY

² 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:.....

--	--	--	--

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

ANALIZA HOSPITOWANYCH ZAJĘĆ:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):	
Cele operacyjne: WIEDZA UMIEJĘTNOŚCI POSTAWY	
Środki dydaktyczne:	

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski Studenta/ki:

.....
.....

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:.....

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ NR.....³

Charakterystyka grupy (wiek, liczebność, informacje dodatkowe):

.....
.....

Czas trwania zajęć:

Temat zajęć:

Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze):

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

Cele operacyjne:

WIEDZA:

.....
.....

UMIEJĘTNOŚCI:

.....
.....

POSTAWY:

.....
.....

³ 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 (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 PLACÓWCE⁴

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 placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

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

FORMULARZ ANONIMOWEJ CHARAKTERYSTYKI DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM ⁵

DATA/TERMIN:

WIEK DZIECKA:

CZAS OBSERWACJI:

METODY, TECHNIKI, NARZĘDZIA BADAWCZE WYKORZYSTANE DO POZNANIA
DZIECKA

.....

SFERA FIZYCZNA (w tym motoryka mała i duża, samoobsługa)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SFERA POZNAWACZA (percepcja wzrokowa i słuchowa, uwaga i pamięć, mowa i
myślenie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁵ Wynikające z ustaleń z opiekunem praktyki z ramienia uczelni.

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

SFERA EMOCJONALNO-SPOŁECZNA (rozpoznawanie i nazywanie emocji u siebie i
innych, znajomość i przestrzeganie norm grupowych, kontakty rówieśnicze, zabawa, radzenie
sobie z porażką)

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

PODSUMOWANIE, WNIOSKI, ZALECENIA

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

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyki w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyki