



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

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

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

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE¹

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:

¹ 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:.....

CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

Osoba studiująca 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:	
Rodzaj placówki (np. Fundacja, Stowarzyszenie, Szpital, Poradnia, Urząd, Szkoła, Firma prywatna itp.) i jej struktura organizacyjna	
Opis działalności placówki	

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

Odbiorcy / klienci / adresaci działań placówki	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań placówki	

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

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

SPRAWOZDANIE Z PRAKTYK

1. Dane studenta

Imię i nazwisko:
Numer albumu:
Kierunek:
Specjalność:
Rok studiów:
Kod praktyki:

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

.....
.....

3. Charakterystyka przedstawionej do wglądu dokumentacji, która pozwala stwierdzić wymiar godzinowy, termin i miejsce odbywania praktyk

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

4. Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki

.....

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

5. Charakterystyka aktywności podejmowanej w ramach praktyki

- a. Uzasadnienie merytoryczne pozwalające stwierdzić, że praktyka może zostać zaliczona na poczet praktyk studenckich

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- b. Charakterystyka zawierająca omówienie wykonywanych w trakcie praktyki zadań i podejmowanych osobiście czynności

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

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

c. Charakterystyka nowych doświadczeń oraz umiejętności nabytych w trakcie praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/-ki

Pieczęć placówki

.....

Podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę

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

OPINIA PRAKTYKANTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia 20.....r.

(miejscowość)

.....

(podpis studenta/-ki

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk