



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/teki:
Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:..... Kod
praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

1

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:

¹ Student drukuje/wypełnia stosownie do ilości wykonanych zadań.

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

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni:

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

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:	
Rodzaj placówki (np. Fundacja, Stowarzyszenie, Szpital, Poradnia, Urząd, Szkoła, Firma prywatna itp.) i jej struktura organizacyjna	
Opis działalności placówki	
Odbiorcy / klienci / adresaci działań placówki	

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

Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań placówki	
---	--

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk