



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:.....

## KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE<sup>1</sup>

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: .....

---

<sup>1</sup> 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<br>(np. Fundacja,<br>Stowarzyszenie, Szpital,<br>Poradnia, Urząd, Szkoła,<br>Firma prywatna itp.) i jej<br>struktura organizacyjna |  |
| Opis działalności placówki                                                                                                                         |  |

Imię i nazwisko studenta/teki: .....  
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