



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

kierunek studiów: **Pedagogika Zdolności i Informatyki**

specjalność:

rodzaj studiów: **studia pierwszego stopnia, stacjonarne**

rok studiów: **I**

rok akademicki:

kod praktyki: **PZ-3P-PRA1**

nazwa praktyki: **Praktyka asystencko-pedagogiczna w zakresie pracy wychowawczej pedagoga szkolnego**

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
1.		Zapoznanie się z całokształtem funkcjonowania placówki, szczególnie z jej strukturą organizacyjną, ogólnymi planami pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz sposobami ich realizacji.	1
2.		Dokonanie ogólnej analizy koncepcji pracy zespołu wspierającego rozwój ucznia, m.in. pedagoga szkolnego, psychologa, logopedy, nauczyciela-wychowawcy, innych specjalistów.	1
3.		Poznanie form działań wspierających ucznia organizowanych w ramach zajęć lekcyjno-wychowawczych oraz pozalekcyjnych.	2
4.		Poznanie organizacji nauczania oraz przebiegu uczenia się dzieci zdolnych oraz dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.	2
5.		Poznanie metod i narzędzi dokonywania wieloprofilowej oceny funkcjonalnej ucznia oraz wytycznych do konstruowania indywidualnych planów rozwoju ucznia.	2
6.		Prowadzenie dokumentacji dotyczącej obserwowanych zajęć, sytuacji dydaktyczno-wychowawczych – ujęcie ich w protokołach hospitacyjnych zamieszczonych w dzienniku praktyk.	-----
7.		Sporządzenie anonimowej charakterystyki wybranego dziecka na podstawie obserwacji własnej, dokumentacji i rozmów z nauczycielem.	2

¹ Wypełnić wg zadań z programu praktyk (sylabusu).

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

8.		Student, jako asystent pedagoga szkolnego obserwuje i uczestniczy w różnych formach działalności dydaktyczno-wychowawczych realizowanych przez pedagoga szkolnego w wymiarze 10 godzin. Hospitując zajęcia student powinien poznać organizację nauczania oraz przebieg procesu nauczania oraz wsparcia ucznia na poszczególnych etapach kształcenia oraz swoistość przebiegu lekcji poszczególnych przedmiotów lub innych form wsparcia ucznia.	10
9.		Student samodzielnie przeprowadza wyznaczone zajęcia w wymiarze 10 godzin w zakresie wskazanym przez pedagoga szkolnego, w tym zajęć wyrównawczych i rozwijających zainteresowania i zdolności.	10

Łączna liczba godzin: 30

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:.....

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/teki:
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/ki:

Numer albumu:.....Rok studiów:Kierunek/specjalność:.....

Kod praktyki:.....Nazwa praktyki:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/ki:

Podpis opiekuna praktyki w placówce:

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: