



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

kierunek studiów: PEDAGOGIKA RESOCJALIZACYJNA

specjalność: PEDAGOGIKA RESOCJALIZACYJNA

rodzaj studiów: studia licencjackie

rok studiów: II

rok akademicki: .....

**kod praktyki:** RE-3P-PRA3

**nazwa praktyki:** placówki systemu oświaty: Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze, Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii, Centra Kształcenia Ustawicznego **(30 godz.)**

# 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:.....

## **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:.....

## 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: .....

Podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni: .....

---

<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:.....

<b>Data</b>	<b>Godziny pracy</b>	<b>Przebieg dnia/wykonanych zadań praktyki</b>	<b>Uwagi</b>

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: akty prawne dotyczące funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowe programy nauczania.

<b>KOD PRAKTYKI:</b>	RE-3P-PRA3
<b>Nazwa praktyki:</b>	<b>PRAKTYKA PEDAGOGICZNA ASYSTENCKA W PLACÓWKACH SYSTEMU OŚWIATY: W MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH WYCHOWAWCZYCH, MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH SOCJOTERAPII, CENTRACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO</b>
<b>Wymiar godzinowy:</b>	<b>30 godzin</b>
<b>Imię i nazwisko studenta:</b>	
<b>Termin realizacji praktyki:</b>	
<b>Nazwa placówki:</b>	
<b>Adres placówki:</b>	
<b>Organ prowadzący:</b>	
<b>Cele statutowe placówki:</b>	

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

<b>Zadania placówki:</b>	
<b>Adresaci placówki:</b>	
<b>Zasady kierowania i przyjęć do placówki:</b>	
<b>Oferta edukacyjna placówki:</b>	
<b>Formy i metody pracy:</b>	
<b>Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych</b>	

**Podpis Opiekuna / Dyrektora**

**Podpis studenta/ki:**

**w placówce:**

.....

*(pieczęć instytucji)*