



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: III

rok akademicki:

kod praktyki: RE-3P-PRA5

**nazwa praktyki: PRAKTYKA KIERUNKOWA W PLACÓWKACH
RESOCJALIZACYJNYCH POZA SYSTEMEM OŚWIATY (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 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

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.

KOD PRAKTYKI:	RE-3P-PRA5
Nazwa praktyki:	PRAKTYKA KIERUNKOWA W PLACÓWKACH RESOCJALIZACYJNYCH POZA SYSTEMEM OŚWIATY
Wymiar godzinowy:	30 godzin
Imię i nazwisko studenta:	
Termin realizacji praktyki:	
Nazwa placówki:	
Adres placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	

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

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

Podpis Opiekuna / Dyrektora

Podpis studenta/ki:

w placówce:

.....

.....

.....

(pieczętka instytucji)

