



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

SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk:

Rok studiów:.....

Rok akademicki /.....

Data:

Grupa/klasa:

Liczba
uczestników:.....

Czas trwania zajęć:

Prowadzący:

Przedmiot/ blok
organizacyjny:

Temat zajęć:

Cele ogólne:

Cele operacyjne:

(zgodnie ze specyfiką
specjalności)

1) wiedza

2) umiejętności:

3) kompetencje
społeczne

Metody:

Formy:

Środki
dydaktyczne:

Przebieg zajęć:

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Komentarz studenta:

Komentarz opiekuna praktyk w placówce:

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



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

KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: Nr albumu:.....

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki:

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia2..... r.
(miejsowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk w placówce)

(pieczęć instytucji)



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

OPINIA LOGOPEDYCZNA PRAKTYKANATA O PODOPIECZNYM (DIAGNOZA WERYFIKUJĄCA)

DATA/TERMIN.....

WIEK DZIECKA.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis studenta/ki

.....
Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk