**DZIENNIK PRAKTYK**

*(wypełnia Słuchacz)*

Imię i nazwisko Słuchaczki/a........................................................................................................ Numer albumu ....................................

Studia podyplomowe

Specjalność**: Diagnoza, planowanie i prowadzenie terapii w integracji sensorycznej**

Czas trwania praktyki: od ................................do .................................; ilość dni ……....

Liczba godzin ………...

Nazwa i adres placówki w której odbywana jest praktyka .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Charakterystyka placówki *(rodzaj; typ; wielkość; ilość oddziałów; liczebność grup; warunki pracy; wyposażenie)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................

Pieczątka placówki

............................................ ………………………………………………

data podpis opiekuna praktyki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DZIENNIK PRAKTYK** | | | |
| **Data realizacji praktyki**  **(czas od-do)**  **liczba godzin dydaktycznych**  np.  5.IX.2020  8.00- 12.00  4 godz. dyd. | **Rodzaj podejmowanych działań**  *(proszę wyszczególnić zgodnie*  *z zadaniami do realizacji)* | **Obserwacje i wnioski Słuchacza co do wykonywanej pracy** | **Uwagi** |
| Pierwszy dzień praktyki |  |  |  |
| Drugi dzień praktyki |  |  |  |
| Trzeci dzień praktyki |  |  |  |
| Czwarty dzień praktyki |  |  |  |
| Piaty dzień praktyki |  |  |  |
| Szósty dzień praktyki |  |  |  |
| Siódmy dzień praktyki |  |  |  |

Podpis opiekuna praktyki ………………………………

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**ASYSTENCKO-PEDAGOGICZNEJ**

Imię i nazwisko Słuchaczki/a

....................................................................................................................................................

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Diagnoza, planowanie i prowadzenie terapii w integracji sensorycznej**

Czas trwania praktyki/od - do/liczba dni/ilość godzin

......................................................................................

Nazwa i adres instytucji, w której realizowana była praktyka ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

....................................................................

………………………………..

Miejscowość, data Podpis Słuchaczki/a

Podpis opiekuna praktykanta placówki, gdzie realizowane były praktyki

...............................................................................

**(pieczątka placówki)**

**OPINIA O SŁUCHACZU REALIZUJĄCYM PRAKTYKI NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH**

Imię i nazwisko Słuchaczki/a....................................................................................................................

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Diagnoza, planowanie i prowadzenie terapii w integracji sensorycznej**

Słuchacz/ka odbywał/a praktykę w okresie (od - do) ....................................................................

Nazwa i adres instytucji, w której realizowana była praktyka ....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania Słuchacza**  *(w miejscu wybranej oceny prosimy postawić znak x)* | | | |
| ***niedostateczna*** | ***dostateczna*** | ***dobra*** | ***bardzo dobra*** |
| Przygotowanie merytoryczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Przygotowanie metodyczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Zaangażowanie i zainteresowanie pracą terapeutyczną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności diagnostycznej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji oświatowych, terapeutycznych, diagnostycznych |  |  |  |  |
| Postawa studenta wobec podopiecznych . Rozumienie potrzeb dziecka/podopiecznego i umiejętność ich zaspokajania |  |  |  |  |
| Indywidualne podejście do podopiecznych i ich problemów |  |  |  |  |
| Umiejętność współpracy w zespole |  |  |  |  |
| Kultura osobista |  |  |  |  |
| Punktualność i zdyscyplinowanie w pracy  Obowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji |  |  |  |  |
| **Ocena ogólna praktykanta/praktykantki** | Bardzo dobra; dobra; dostateczna; niedostateczna  *(wybraną ocenę prosimy podkreślić)* | | | |

Podstawa oceny

|  |  |
| --- | --- |
| ocena wystawiona przez nauczyciela/opiekuna praktykanta w instytucji |  |
| ocena wystawiona przez uczelnianego opiekuna praktyk |  |
| ocena prowadzenia dziennika praktyk (uczelniany opiekun praktyk) |  |
| ocena rozmowy dotyczącej przebiegu praktyk (uczelniany opiekun praktyk) |  |
| samoocena dokonana przez studenta zgodnie z kryteriami oceniających go opiekunów praktyk |  |
| **Ocena praktyki**  **(ocenę stanowi średnia arytmetyczna z podstawy oceny)** |  |

……………………………………………………….. ……………………………………………………………..

Pieczątka instytucji Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk

**OCENA OPISOWA O SŁUCHACZU REALIZUJĄCYM PRAKTYKI NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH (wypełnia opiekun praktyk w instytucji)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………

Podpis opiekuna praktyk

**INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY SŁUCHACZKI/A**

Imię i nazwisko Słuchacza............................................................................................................................................

Studia podyplomowe

Specjalność: **Diagnoza, planowanie i prowadzenie terapii w integracji sensorycznej** Arkusz samooceny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania Słuchaczki/a**  *(w miejscu wybranej oceny prosimy postawić znak x)* | | | |
| ***niedostateczna*** | ***dostateczna*** | ***dobra*** | ***bardzo dobra*** |
| Przygotowanie merytoryczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Przygotowanie metodyczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Zaangażowanie i zainteresowanie pracą terapeutyczną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności diagnostycznej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji oświatowych, terapeutycznych, diagnostycznych |  |  |  |  |
| Postawa studenta wobec podopiecznych . Rozumienie potrzeb dziecka/podopiecznego i umiejętność ich zaspokajania |  |  |  |  |
| Indywidualne podejście do podopiecznych i ich problemów |  |  |  |  |
| Umiejętność współpracy w zespole |  |  |  |  |
| Kultura osobista |  |  |  |  |
| Punktualność i zdyscyplinowanie w pracy  Obowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji |  |  |  |  |
| Ocena ogólna praktykanta/praktykantki |  | | | |

……………………………………………………………….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk