Bielsko-Biała, dnia ……………………….

# SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

# ASYSTENCKO –PEDAGOGICZNĄ

# (obejmuje samodzielne prowadzenie zajęć)

 Wydział Pedagogiki Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej zwraca się uprzejmie z prośbą o przyjęcie Słuchaczki/a studiów podyplomowych **Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

Pani / Pana ……………………………………………………………………………………

na praktykę zawodową asystencko-pedagogiczną realizowaną w wymiarze 60 godzin w

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

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

nazwa instytucji

w terminie ………………………………………………………………………………………

Możliwość praktycznej realizacji zajęć dydaktycznych oraz opiekuńczo-wychowawczych, stanowi dla Słuchaczy cenne doświadczenie istotnie wzbogacające umiejętności oraz wiedzę zdobytą na studiach. Dzięki merytorycznym i metodycznym wskazówkom nauczyciela/opiekuna/terapeuty /wychowawcy, Słuchacze będą mieli okazję kształtowania właściwych postaw i umiejętności niezbędnych w pracy zawodowej, a kontakt z wychowankami/podopiecznymi pozwoli wzmocnić ich poczucie odpowiedzialności i samodzielności w realizacji powierzonych zadań.

Zasady odbywania praktyki, jej zaliczenia oraz obowiązki praktykanta zawarte są w oddzielnych dokumentach, które Słuchacz/ka zobowiązana/y jest przedstawić opiekunowi praktyki.

Z wyrazami szacunku

DZIENNIK PRAKTYK

*(wypełnia Słuchacz)*

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

Studia podyplomowe

Specjalność**: Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

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 klas/grup; warunki pracy; wyposażenie)*

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

Pieczątka placówki

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

 data podpis opiekuna praktyki

|  |
| --- |
| **DZIENNIK PRAKTYK** |
| **Data realizacji praktyki** **(czas od-do)****liczba godzin dydaktycznych** np. 5.IX.20208.00- 12.004 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 ………………………………

**PROTOKÓŁ Z OBSERWACJI ZAJĘĆ**

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

Numer albumu ..............................................................................................................................

Kierunek studiów: **Pedagogika**

**Studia podyplomowe**

Specjalność**: Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

Miejsce odbywania praktyki: .......................................................................................................

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

Ilość dzieci/podopiecznych w zespole:…........................................................................

Treść obserwowanych zajęć: .....................................................................................................

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

Podczas obserwacji zajęć należy zwrócić uwagę między innymi na: cele, treści, metody działań diagnostyczno-terapeutycznych; stosowane środki; formy organizacyjne zajęć; sposoby komunikowania się z podopiecznymi i budowania relacji pomiędzy podmiotami; poziom zaspokojenia potrzeb, adekwatność podejmowanych działań

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data obserwowanych zajęć/czas trwania/liczba godzin** | **Przebieg zajęć** | **Uwagi i spostrzeżenia metodyczne** **oraz syntetyczna ocena** |
|  |  |  |

Ilość protokołów wymaganych do zaliczenia praktyki określa plan praktyk.

Podpis opiekuna ………………………………….

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**ASYSTENCKO-PEDAGOGICZNEJ**

Imię i nazwisko Słuchaczki/a

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

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

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)**

**INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY SŁUCHACZA**

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

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

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

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

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

**ARKUSZ SAMOOCENY**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 i rewalidacyjną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności terapeutycznej i rewalidacyjnej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji opiekuńczo-wychowawczych, 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 pracyObowiązkowość 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

**OPINIA O SŁUCHACZU REALIZAUJĄCYM PRAKTYKĘ**

**NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH**

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

Kierunek studiów: **pedagogika**

Rok/semestr studiów: ………………. **rok/semestr studiów podyplomowych**

Specjalność: **Terapia pedagogiczna i rewalidacja (pedagogika korekcyjna)**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 i rewalidacyjną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności terapeutycznej i rewalidacyjnej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji opiekuńczo-wychowawczych, 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 pracyObowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe uwagi o praktykancie/praktykantce istotne w ocenie przydatności do zawodu.** **(Sugerowane działania doskonalące)** |  |
| **Ocena ogólna praktykanta/praktykantki** |  |

 ………………………………………………………………

Podpis opiekuna praktyk

……………………………………………………………..

 Pieczątka instytucji

**Uwaga:** Słuchaczowi należy przekazać opinię po zakończeniu praktyki w ostatnim dniu pobytu w placówce