**DZIENNIK PRAKTYK**

*(wypełnia student)*

Imię i nazwisko studenta ......................................................................................................... Numer albumu ....................................

Kierunek studiów: **pedagogika**

**Studia magisterskie**

Specjalność**: DIAGNOZA, PLANOWANIE I PROWADZENIE TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ**

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

ilość 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.  5.10.22  8.00- 12.00  4 godz. dyd. | **Rodzaj podejmowanych działań**  *(proszę wyszczególnić zgodnie*  *z zadaniami do realizacji)* | **Obserwacje i wnioski studenta 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 ZAJĘĆ**

**Min 4**

Imię i nazwisko studenta ..............................................................................................................

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

Kierunek studiów: **Pedagogika**

**Studia magisterskie**

Specjalność: **DIAGNOZA, PLANOWANIE I PROWADZENIE TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ**

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

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

Ilość dzieci/podopiecznych w zespole/klasie (dookreślić w zależności od miejsca praktyki) :…........................................................................

………………………………….………………………………………………………..

Temat obserwowanych/realizowanych zajęć: .....................................................................................................

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

**Podczas obserwacji/realizacji zajęć należy zwrócić uwagę między innymi na: cele, treści, metody kształcenia i wychowania; środki dydaktyczne; formy organizacyjne zajęć; sposoby komunikowania się z podopiecznymi i budowania relacji pomiędzy podmiotami; postawy uczniów wobec nauczyciela; bezpieczeństwo i higienę pracy; indywidualizację działań; sposoby korekty działań uczniowskich; stosowane środki wychowawcze.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**

**ASYSTENCKO – PEDAGOGICZNO/METODYCZNEJ**

Imię i nazwisko studenta

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

Rok studiów: …… **rok studiów magisterskich**

Kierunek studiów: **pedagogika**

Specjalność: **DIAGNOZA, PLANOWANIE I PROWADZENIE TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ**

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

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

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

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

………………………………..

Miejscowość, data Podpis studenta

Podpis opiekuna praktykanta w instytucji

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

**OPINIA O STUDENCIE REALIZUJĄCYM PRAKTYKI**

Imię i nazwisko studenta ....................................................................................................................................................................

Kierunek studiów: **pedagogika**

Rok studiów: …… **rok studiów magisterskich**

Specjalność: **DIAGNOZA, PLANOWANIE I PROWADZENIE TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ**

Student odbywał praktykę w okresie (od - do) ....................................................................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania studenta**  *(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 pedagogicznej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji opiekuńczo-wychowawczych |  |  |  |  |
| Postawa studenta wobec podopiecznych . Rozumienie potrzeb dziecka 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 |  |  |  |  |
| **Dodatkowe uwagi o praktykancie/praktykantce istotne w ocenie przydatności do zawodu.**  **(Sugerowane działania doskonalące)** |  | | | |
| **Ocena ogólna praktykanta/praktykantki** | Bardzo dobra; dobra; dostateczna; niedostateczna  *(wybraną ocenę prosimy podkreślić)* | | | |

…………………………………………………..

……………………………………………………………..

Pieczątka instytucji Data i podpis opiekuna

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

**INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY STUDENTA**

Imię i nazwisko studenta .......................................................................................................................................................

Kierunek studiów: **pedagogika**

Rok/semestr studiów: …… **rok/semestr studiów magisterskich**

Specjalność: **DIAGNOZA, PLANOWANIE I PROWADZENIE TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ**

Arkusz samooceny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania studenta**  *(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 |  | | | |

Podstawa oceny

|  |  |
| --- | --- |
| * ocena wystawiona przez nauczyciela/opiekuna praktykanta w instytucji |  |
| * ocena protokołów z obserwowanych zajęć **(uczelniany opiekun 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)** |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna