



DZIENNIK PRAKTYK

.....
Imię i nazwisko studenta/tki

Numer indeksu
Tryb studiów (stacjonarne, niestacjonarne)
Specjalność
Rodzaj praktyki
Termin praktyki
Miejsce praktyki
Opiekun praktyki w Instytucji
Opiekun praktyki ze strony WSE UAM

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
NIP 777 00 06 3
50, REGON 000001293
tel. +48 61 829 23 31, tel./fax. +48 61 829 21 11

Nazwa instytucji (pieczęćka):

Imię i nazwisko praktykanta:

.....
Rok studiów i specjalność:

.....

HARMONOGRAM PRAKTYK

L.p.	CZAS PRACY		ZADANIA ZREALIZOWANE PRZEZ PRAKTYKANTA	ZALICZENIE PRAKTYKI	
	TYDZIEŃ /data od-do/	DZIEŃ /godz. od-do/		Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia instytucji	Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni

Imię i nazwisko opiekuna praktyki ze
strony WSE UAM

.....

PRZEBIEG PRAKTYKI

DATA:

GODZINY PRACY OD - DO	WYSZCZEGÓLNIENIE ZAJĘĆ UWAGI, OBSERWACJE, WNIOSKI STUDENTA	PODPIS OPIEKUNA
1	2	3

ZAŁĄCZNIKI:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

DATA:.....

GODZINY PRACY OD - DO	WYSZCZEGÓLNIENIE ZAJĘĆ UWAGI, OBSERWACJE, WNIOSKI STUDENTA	PODPIS OPIEKUNA
1	2	3

ZAŁĄCZNIKI:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

KARTA SAMOOCENY STUDENTA
(autoanaliza i autorefleksja po odbytych praktykach pedagogicznych)

A series of horizontal dotted lines for writing.

OPINIA

o przebiegu i wynikach praktyki pedagogicznej
/wypełnia opiekun praktykanta w placówce/

Student/ka.....

Odbywał/a praktykę pedagogiczną w okresie od.....do.....

Pod kierunkiem.....

/Imię i nazwisko pracownika/

na stanowisku.....

/stanowisko opiekuna praktykanta określające zakres praktyki/

CHARAKTERYSTYKA PRAKTYKANTA

1. Stopień wykonywania zadań zawartych w programie i planie praktyki:.....

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

2. Przygotowanie merytoryczne i metodyczne studenta/ki.....

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

3. Postawa studenta/ki wobec wychowanków:.....

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

4. Ogólna ocena praktyki studenta (w skali ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....
/podpis opiekuna praktyki/

....., dnia.....20.....r.