## Stalowa Wola, dnia ……………………….

# SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ

# ZAWODOWĄ DOSKONALĄCĄ

 Wydział Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej Filii
w Stalowej Woli zwraca się uprzejmie z prośbą o przyjęcie Słuchaczki/a studiów II stopnia **pedagogika spec. integracja sensoryczna** Pani / Pana ……………………………………….

na praktykę zawodową doskonalącą realizowaną w wymiarze **100 godzin**

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

nazwa instytucji

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

Możliwość praktycznej realizacji zajęć dydaktycznych oraz opiekuńczo-wychowawczych, stanowi dla studentów cenne doświadczenie istotnie wzbogacające umiejętności oraz wiedzę zdobytą na studiach. Dzięki merytorycznym i metodycznym wskazówkom nauczyciela/opiekuna /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 student)*

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

Kierunek studiów: **pedagogika**

**Studia II stopnia**

Specjalność**: integracja sensoryczna**

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.IX.20188.00- 12.004 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 ………………………………

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PRAKTYKI**

**ZAWODOWEJ DOSKONALĄCEJ**

Imię i nazwisko studenta

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

Rok studiów: …… **rok studiów II stopnia,** semestr …………

Kierunek studiów: **pedagogika**

Specjalność: **integracja sensoryczna**

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

 **(pieczątka placówki)**

**OPINIA O SŁUCHACZU REALIZUJĄCYM PRAKTYKI NA STUDIACH II STOPNIA**

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

Kierunek studiów: **pedagogika - studia II stopnia**

Specjalność**: integracja sensoryczna**

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 pedagogiczną |  |  |  |  |
| 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 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 i podpis opiekuna praktyk Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk

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

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

…………………………………

 Podpis opiekuna praktyk

**INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY STUDENTA**

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

Kierunek studiów: **pedagogika**

**Studia II stopnia**

Specjalność**: integracja sensoryczna**

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 pedagogiczną |  |  |  |  |
| 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 pracyObowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji  |  |  |  |  |
| Ocena ogólna praktykanta/praktykantki |  |

 ………………………………………………………………

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk