

**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 uczelni	

Imię i nazwisko praktykanta:

.....

Rok studiów i specjalność:

.....

HARMONOGRAM PRAKTYK

LP.	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

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/