**DZIENNIK PRZEBIEGU**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**KIERUNEK STUDIÓW:** logopedia

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:** | ………………………………………… |
| **NUMER ALBUMU STUDENTA:** | ………………………………………… |
| **ROK STUDIÓW / STOPIEŃ:** | ………………………………………… |
| **MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI:** | …………………………………………………………………………………… |
| **IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH W MIEJSCU PRACY:** | …………………………………… |

**WSTĘPNE USTALENIA DOTYCZĄCE HARMONOGRAMU PRAKTYK**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| data i podpis studenta: | data i podpis opiekuna praktyk zawodowych w miejscu pracy: |

**OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA INSTYTUCJI,**

**W KTÓREJ ODBYWA SIĘ PRAKTYKA**

(sporządza student)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| data: | podpis studenta: |

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH W MIEJSCU PRACY**

(wypełnia opiekun po zakończeniu praktyk zawodowych przez studenta)

* Ocena **merytorycznego przygotowania** studenta do odbycia praktyki:

|  |  |
| --- | --- |
| * bardzo dobre
* dobre
 | * dostateczne
* niedostateczne
 |

Uzasadnienie (obligatoryjne w przypadku oceny dostatecznej i niedostatecznej):

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

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

* Ocena **umiejętności praktycznych** studenta:

|  |  |
| --- | --- |
| * bardzo dobre
* dobre
 | * dostateczne
* niedostateczne
 |

Uzasadnienie (obligatoryjne w przypadku oceny dostatecznej i niedostatecznej):

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

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

* Ocena **kompetencji społecznych** studenta:

|  |  |
| --- | --- |
| * bardzo dobre
* dobre
 | * dostateczne
* niedostateczne
 |

Uzasadnienie (obligatoryjne w przypadku oceny dostatecznej i niedostatecznej):

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

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

**Ocena ogólna**: ……………………………………………

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| data: | podpis opiekuna praktyk zawodowych w miejscu pracy: |

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ 1.** | **Data:** | **Liczba godzin:** |
| **Typ zajęć:**(diagnoza, terapia, zajęcia z zakresu profilaktyki logopedycznej, indywidualne, grupowe zajęcia psychopedagogiczne) | **Przebieg zajęć:** | **Zaangażowanie studenta w prowadzenie zajęć**(O: obserwacja zajęć, W: współprowadzenie zajęć, S: samodzielne prowadzenie wybranego fragmentu zajęć) | **Autorefleksja studenta**– jakie były moje obserwacje związane z przebiegiem tych zajęć?– co podczas tych zajęć było dla mnie największym wyzwaniem, co było nowym, trudnym zagadnieniem?– jak w przyszłości mogę się przygotować do udziału w podobnych zajęciach, by moje uczestnictwo było jak najefektywniejsze? |
|  |  |  |  |
| **Podpis studenta:** | **Podpis logopedy/nauczyciela:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ 2.** | **Data:** | **Liczba godzin:** |
| **Typ zajęć:** | **Przebieg zajęć:** | **Zaangażowanie studenta w prowadzenie zajęć** | **Autorefleksja studenta** |
|  |  |  |  |
| **Podpis studenta:** | **Podpis logopedy/nauczyciela:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ ……** | **Data:** | **Liczba godzin:** |
| **Typ zajęć:** | **Przebieg zajęć:** | **Zaangażowanie studenta w prowadzenie zajęć** | **Autorefleksja studenta** |
|  |  |  |  |
| **Podpis studenta:** | **Podpis logopedy/nauczyciela:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ ……** | **Data:** | **Liczba godzin:** |
| **Typ zajęć:** | **Przebieg zajęć:** | **Zaangażowanie studenta w prowadzenie zajęć** | **Autorefleksja studenta** |
|  |  |  |  |
| **Podpis studenta:** | **Podpis logopedy/nauczyciela:** |