**Załącznik nr 7**

**OCENA KOŃCOWA**

**Z PRAKTYKI ZAWODOWEJ CIĄGŁEJ**

**Wypełnia akademicki opiekun praktyk**

**……………………………………………………….**

*(zgodnie ze skalą: bardzo dobry, plus dobry, dobry,
plus dostateczny, dostateczny, niedostateczny)*

**…………………… ………………………………….**

 *Data Podpis akademickiego opiekuna praktyk*

**RAPORT Z PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ CIĄGŁEJ**

(Karta zaliczenia praktyki zawodowej ciągłej [[1]](#footnote-1))

**Imię i nazwisko studenta:** ..........................................................................................................

**Numer albumu:** ………………………..

**Rok studiów:** ………………………… ..

**Semestr:** ……………………………… ..
**Studia stacjonarne/niestacjonarne[[2]](#footnote-2)**

**Kierunek studiów:** …………………………………………………………………………….

**Specjalność:** ………………………………………….………………………………………...

**Student odbywał praktykę w okresie od** ................................ **do** ..........................

**Pełna nazwa i adres placówki:** …..............................................................................................

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

**Liczba zrealizowanych godzin:** ………..

**INFORMACJE**

**O ZADANIACH REALIZOWANYCH PRZEZ STUDENTA**

**W RAMACH PRAKTYKI CIĄGŁEJ[[3]](#footnote-3)**

Student zaznacza właściwe odpowiedzi X

| **Zadania** | **stopień realizacji** |
| --- | --- |
| **wysoki****(3)** | **średni****(2)** | **niski****(1)** |
| 1. | Zapoznanie się z podstawami prawnymi działalności placówki, w której realizowana jest praktyka |  |  |  |
| 2. | Zapoznanie się z organizacją i dokumentacją pracy placówki | Statut |  |  |  |
| Procedury bezpieczeństwa |  |  |  |
| Zadania i dokumentacja pracy nauczyciela współorganizującego proces kształcenia/pedagoga specjalnego |  |  |  |
| Pomoc psychologiczno-pedagogiczna |  |  |  |
| Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka |  |  |  |
| Program realizacji doradztwa zawodowego |  |  |  |
| Inne, jakie? ……………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |
| 3. | Obserwacja zajęć |  |  |  |
| 4. | Prowadzenie/współprowadzenie zajęć |  |  |  |
| 5. | Asystowanie dziecku/uczniowi |  |  |  |
| 6.  | Przygotowanie środków dydaktycznych/pomocy terapeutycznych |  |  |  |
| 7.  | Opracowanie dokumentacji praktyki określonej w sylabusie |  |  |  |
| 8. | Inne, jakie?…………………………………………………………………….. |  |  |  |

…………………………………..

czytelny podpis Studenta

**SAMOOCENA STUDENTA**

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi X

| **Samoocena studenta** | **Wysoki****(3)** | **Średni****(2)** | **Niski****(1)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | prowadzenie dokumentacji praktyki |  |  |  |
|  | umiejętność konfrontowania wiedzy teoretycznej z praktyką |  |  |  |
|  | ocenę własnego funkcjonowania w toku wypełniania roli nauczyciela (dostrzeganie swoich mocnych i słabych stron) |  |  |  |
|  | ocena przebiegu prowadzonych zajęć oraz realizacji zamierzonych celów |  |  |  |
|  | konsultacje z akademickim opiekunem praktyk w celu omawiania obserwowanych i prowadzonych zajęć |  |  |  |

**Uwagi studenta (opcjonalnie):**

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

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

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

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

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

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

…………………………………..

czytelny podpis Studenta

**OPINIA I OCENA DOTYCZĄCA**

**REALIZACJI ZADAŃ PRZEZ STUDENTA**

**W RAMACH PRAKTYKI CIĄGŁEJ**

**PRZEPROWADZONA PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA PLACÓWKI, W KTÓREJ REALIZOWANA BYŁA PRAKTYKA**

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi X

| **Stopień realizacji efektów praktyki[[4]](#footnote-4)** | **Wysoki****(3)** | **Średni****(2)** | **Niski****(1)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **W zakresie wiedzy** |
| 1. | znajomość specyfiki placówki, w której jest realizowana praktyka (podstawy prawne, obszary działalności, organizacja pracy, zadania pracowników, dokumentacja) |  |  |  |
| 2. | znajomość i respektowanie zasad BHP (w tym zapewniania bezpieczeństwa dzieciom/uczniom w placówce, w której realizowana jest praktyka i poza nią) |  |  |  |
| 3. | znajomość i rozumienie specyfiki edukacji włączającej lub procesu kształcenia specjalnego dzieci/uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi |  |  |  |
| **W zakresie umiejętności** |
| 4. | prowadzenie skategoryzowanych/ukierunkowanych i swobodnych obserwacji dziecka/ucznia, nauczyciela/pedagoga specjalnego w różnych sytuacjach |  |  |  |
| 5. | prezentacja i argumentacja własnych wniosków z obserwacji pracy nauczycieli/pedagogów specjalnych, ich interakcji z dziećmi/uczniami oraz sposobu, w jaki planują i realizują zajęcia dydaktyczne, wychowawcze rewalidacyjne, terapeutyczne i opiekuńcze  |  |  |  |
| 6. | dokonanie analizy i interpretacji zaobserwowanych lub doświadczonych sytuacji i zdarzeń pedagogicznych podczas dyskusji grupowych |  |  |  |
| 7.  | zaplanowanie i przeprowadzenie zajęć pod nadzorem opiekuna praktyk zawodowych |  |  |  |
| **W zakresie kompetencji społecznych** |
| 8. | współdziałanie z opiekunem praktyk zawodowych/tutorem akademickim i nauczycielami/pedagogami specjalnymi w placówce realizacji praktyki, w celu poszerzania swojej wiedzy |  |  |  |
| 9. | nazywanie doświadczanych trudności, omawianie ich podczas konsultacji z opiekunami praktyk, nauczycielami/pedagogami specjalnymi czy dyskusji grupowych, poszukiwanie przyczyn, możliwości ich rozwiązania |  |  |  |

**Uwagi opiekuna praktyk z ramienia placówki (opcjonalnie):**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ogólna ocena:** *………………………………………………………………….*(skala: bardzo doby, plus dobry, dobry, plus dostateczny, dostateczny, niedostateczny)

Podpis Opiekuna Pieczęć i podpis

praktyk z ramienia placówki Dyrektora placówki

pieczęć placówki

1. odnosi się do praktyk: praktyka ciągła – edukacja włączająca (sem. VII); praktyka ciągła – specjalnościowa (sem. IX) [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. zaznaczyć tylko punkty realizowane podczas praktyki, które wynikają z regulaminu praktyk i obszarów działalności placówki, w której realizowana jest praktyka [↑](#footnote-ref-3)
4. w odniesieniu do efektów kształcenia zawartych w standardach kształcenia nauczycieli [↑](#footnote-ref-4)