|  |
| --- |
| **KIERUNEK** **Moduł:**  |
| Rok akademicki: ……./……. | Data opracowania opinii: |

**OPINIA O PRZEBIEGU PRAKTYKI**

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko studenta:
 |
| 1. Rok i semestr studiów:
 |
| 1. Poziom studiów:
 |
| 1. Forma studiów: stacjonarny
 |
| 1. Okres trwania praktyki: od …….…..……. do ……………….
 |
| 1. Nazwa placówki (instytucji):
 |
| 1. Imię i nazwisko Opiekuna praktyki w placówce (instytucji):
 |
| 1. Dane Opiekuna praktyki, staż pracy, wykształcenie (*opcjonalnie*):
 |
| 1. Zestawienie godzinowe (sporządzane tylko dla praktyk realizowanych w szkole):
 |
| **Bilans godzinowy praktyki** |
| Rodzaj zadań | Wyszczególnienie | Liczba godzin |
| Zadania realizowane w bezpośrednim kontakcie z nauczycielem/ opiekunem praktyki | * ustalenie planu praktyki ,
* organizowanie pracy i pomoc przy
* przygotowywaniu pomocy dydaktycznych, wykorzystywaniu środków multimedialnych i technologii informacyjnej w pracy dydaktycznej,
* porady i pomoc przy kontrolowaniu i ocenianiu uczniów,
* podejmowaniu działań na rzecz uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym uczniów szczególnie uzdolnionych,
* organizowaniu przestrzeni klasy,
* obserwowanie działań w zakresie projektowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
* kontrola i ocena działań studenta.
 |  |
| Praca własna studenta | Hospitowanie zajęć |  |
| Prowadzenie zajęć  |  |
| Przygotowanie pomocy dydaktycznych/projektów/konspektów |  |
| Zapoznanie się z dokumentacją i specyfiką placówki/instytucji |  |
| Wykonywanie innych czynności zleconych |  |
| **Razem godzin** |  |
| 1. Szczegółowa ocena studenta i jego przygotowania do zawodu (dowolny dobór kryteriów: ocena wiedzy teoretycznej i metodycznej, umiejętności potrzebne do pracy w zawodzie, predyspozycje i cechy osobowościowe studenta, inne uwagi Opiekuna praktyki).
 |
| 1. Ogólna ocena studenta wg skali: bardzo dobry (5,0); dobry plus (4,5); dobry (4,0); dostateczny plus (3,5); dostateczny (3,0); niedostateczny (2,0).
 |
| **Opinia została sporządzona w dwóch oryginalnych jednobrzmiących egzemplarzach.** |

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

 Miejsce Czytelny podpis Opiekuna praktyki

………………………………………………………….

Pieczęć placówki (instytucji)