|  |  |
| --- | --- |
| **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)