**FORMULARZ HOSPITACJI PRAKTYK DYDAKTYCZNYCH**

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

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

**Nazwa i adres miejsca szkoły:**.......................................................................

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

**Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia szkoły**: ...................................................

**Termin odbywania praktyki**:………………………………………………………………..

**Data hospitacji:** ........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY**  | **TAK / NIE** |
| Czy czynności realizowane podczas praktyki dydaktycznej dostosowane są do możliwości i potrzeb studenta? |  |
| Czy praktyka umożliwia osiągnięcie założonych efektów uczenia się przewidzianych w programie kształcenia? |  |
| Czy praktyka umożliwia doskonalenie umiejętności zawodowych? |  |
| Czy student zgłosił się na praktykę w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z jej realizowaniem? |  |
| Czy student ma bezpośredni kontakt z opiekunem praktyki z ramienia szkoły i czy może uzyskać jego pomoc w zakresie realizacji zadań praktyki? |  |
| Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do prowadzenia lekcji? |  |
| Czy student zgłasza uwagi dotyczące realizacji praktyki? |  |

**UWAGI:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………….

Data i podpis Opiekuna praktyk