……………………………………….

Pieczęć Zakładu Pracy

**OCENA PRZEBIEGU  
 PRAKTYKI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

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

**Kierunek i poziom studiów: Logopedia, studia pierwszego stopnia, stacjonarne, II rok**

**Numer albumu: ………………………**

**Nazwa Zakładu Pracy: ………………………………………………………………………...**

*Prosimy o wypełnienie tabelki poprzez zakreślenie TAK lub NIE w każdym punkcie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Realizacja zakładanych efektów uczenia się. Student:** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | zna i rozumie zadania charakterystyczne dla szkoły lub placówki systemu oświaty oraz środowisko, w jakim one działają; |  |  |
| 2. | zna i rozumie organizację, statut i plan pracy szkoły, program wychowawczo-profilaktyczny oraz program realizacji doradztwa zawodowego; |  |  |
| 3. | zna i rozumie zasady zapewniania bezpieczeństwa uczniom w szkole i poza nią. |  |  |
| 4. | potrafi wyciągać wnioski z obserwacji pracy wychowawcy klasy, jego interakcji z uczniami oraz sposobu, w jaki planuje i przeprowadza zajęcia wychowawcze; |  |  |
| 5. | potrafi wyciągać wnioski z obserwacji sposobu integracji działań opiekuńczo-wychowawczych i dydaktycznych przez nauczycieli przedmiotów; |  |  |
| 6. | potrafi wyciągać wnioski, w miarę możliwości, z bezpośredniej obserwacji pracy rady pedagogicznej i zespołu wychowawców klas; |  |  |
| 7. | potrafi wyciągać wnioski z bezpośredniej obserwacji pozalekcyjnych działań opiekuńczo-wychowawczych nauczycieli, w tym podczas dyżurów na przerwach międzylekcyjnych i zorganizowanych wyjść grup uczniowskich; |  |  |
| 8. | potrafi zaplanować i przeprowadzić zajęcia wychowawcze pod nadzorem opiekuna praktyk zawodowych; |  |  |
| 9. | potrafi analizować przy pomocy opiekuna praktyk zawodowych sytuacje i zdarzenia pedagogiczne zaobserwowane lub doświadczone w czasie praktyk; |  |  |
| 10. | jest gotów do skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych i z nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy. |  |  |

**OPINIA OPIEKUNA O PRAKTYKANCIE**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………… ………………………………………**

**Data Podpis Opiekuna**