

---

Pieczętka Uczelni

Wydział            Nauk Społecznych

Kierunek            Pedagogika wczesnej edukacji

---

# DZIENNIK PRAKTYK

.....  
Imię i nazwisko studenta oraz kontakt

.....  
Nr albumu

.....  
Nazwa placówki przyjmującej studenta na praktykę oraz kontakt

.....  
Imię i nazwisko opiekuna ze strony uczelni oraz kontakt

## Formalne potwierdzenie odbywania praktyk przez studenta wraz z zaliczeniem praktyki przez Uczelnię

L.p.	Podstawa skierowania	Liczba tygodni pracy/ liczba godzin pracy	Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej		Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej		Uzupełnia przedstawiciel Uczelni			
			Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki		Potwierdzenie zakończenia praktyki		Wpisuje zaliczający			
			Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora	Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora	Zaliczono		Data	Podpis
						Liczba tygodni	Liczba godzin			
1.	Umowa o realizację/ organizację praktyki zawarta z Instytucją przyjmującą	..... liczba tygodni  ..... liczba godzin								

\*

\* Potwierdzenie złożenia przez studenta *Wniosku o praktykę studencką* oraz *Umowy o organizację praktyki studenta* w Ośrodku Praktyk Pedagogicznych i Zawodowych Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (pieczęć i podpis osoby potwierdzającej dokonywane po zakończeniu praktyki)

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**

## KARTA TYGODNIOWA

Data	Godziny pracy od-do	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub Innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

**Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej .....**