

UNIwersytet WarMińsko-Mazurski w Olsztynie  
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH  
Ośrodek Praktyk Pedagogicznych i Zawodowych  
ul. Dybowskiego 13, 10-723 Olsztyn  
tel. 89 524 62 64

---

Pieczętka Uczelni

Wydział            Nauk Społecznych  
Kierunek            Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna  
Rok/forma            II rok, studia stacjonarne

---

# DZIENNIK PRAKTYK

ROK AKADEMICKI 2023/2024

.....  
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: **dr Małgorzata Sławińska**    **malgorzata.slawinska@uwm.edu.pl**

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

| L.p. | Podstawa skierowania   | Liczba godzin pracy    | Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej |  | Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej |  | Uzupełnia przedstawiciel Wydziału Nauk Społecznych UWM |  |      |        |  |
|------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|------|--------|--|
|      |  |                        | 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 |  |
|      |  |                        |  |  |  | Charakter praktyki                       | Liczba godzin  |  |      |        |  |
| 1.   | Umowa o realizację/organizację praktyki zawarta z Instytucją przyjmującą | 90<br>liczba<br>godzin |  |  |  |  | <b>Praktyka ciągła<br/>w przedszkolu</b>               |  |      |        |  |

\*

\* 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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 .....