UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH
Ośrodek Praktyk Pedagogicznych i Zawodowych
ul. Dybowskiego 13, 10-723 Olsztyn
tel. 89 524 62 64

Pieczątka Uczelni

Wydział Nauk Społecznych

Kierunek Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna

Rok/forma II rok, studia stacjonarne

DZIENNIK PRAKTYK

ROK AKADEMICKI 2024/2025

……
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 zakończenie praktyki		Wpisuje zaliczający			
							Zaliczono		Data	Podpis
			Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora	Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora	Charakter praktyki	Liczba godzin		
1.	Umowa o realizację/ organizację praktyki zawarta z Instytucją przyjmującą	90 liczba godzin					**Praktyka ciągła w przedszkolu**			

*

∗ 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 ……