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** |
| **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 Instytucjąprzyjmującą | 90liczba 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 …………………………………………………………