

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/zakres        **Pedagogika specjalna, w zakresie:**  
**Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną**

Rok/forma                IV rok, semestr 7, studia stacjonarne

---

# DZIENNIK PRAKTYK

ROK AKADEMICKI 2024/2025

.....  
Imię i nazwisko studenta oraz kontakt

.....  
Nr albumu

**dr hab. Agnieszka Żyta, prof. UWM [agnieszka.zyta@uwm.edu.pl](mailto:agnieszka.zyta@uwm.edu.pl)**  
Imię i nazwisko opiekuna ze strony Wydziału Nauk Społecznych oraz kontakt

## Przebieg praktyk

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

Lp.	Podstawa skierowania	Liczba godzin pracy	Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej				Uzupełnia przedstawiciel Uczelni			
			Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki		Potwierdzenie zakończenia praktyki		Wpisuje zaliczający z Wydziału Nauk Społecznych			
			Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora/osoby upoważnionej	Data	Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora/osoby upoważnionej	Zaliczono		Data	Podpis
Liczba godzin pracy	Charakter praktyki									
1.	Umowa o realizację praktyki zawarta z instytucją przyjmującą	60 liczba godzin						Praktyka ciągła - do grupy przedmiotów z zakresu I		

\*

\* 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)

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

Data	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki
<b>Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:</b>			

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

<b>Data</b>	<b>Godziny pracy od-do</b>	<b>Liczba godzin pracy</b>	<b>Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki</b>
<b>Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:</b>			

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

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

Data	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki
<b>Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:</b>			

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej