

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 IV 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 Joanna Dziekońska** **joanna.dziekonska@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 liczba godzin					Praktyka ciągła w szkole				

*

* 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