

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 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 tygodni pracy/ 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
							Liczba tygodni	Liczba godzin		
1.	Umowa o realizację/organizację praktyki zawarta z Instytucją przyjmującą	 liczba tygodni 90 liczba godzin								

*

* 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/ODDZIAŁ.....

Data	Godziny pracy od-do	Obserwacje z zajęć hospitowanych i samodzielnie prowadzonych oraz 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/ODDZIAŁ.....

Data	Godziny pracy od-do	Obserwacje z zajęć hospitolowanych i samodzielnie prowadzonych oraz innych aktywności studenta zgodnych z instrukcją praktyki	Liczba godzin zajęć prowadzonych	Liczba godzin zajęć hospitolowanych	Liczba godzin czynności dodatkowych
Liczba godzin razem w kolumnach:					
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:					

Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej

KARTA TYGODNIOWA/ODDZIAŁ.....

Data	Godziny pracy od-do	Obserwacje z zajęć hospitowanych i samodzielnie prowadzonych oraz 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/ODDZIAŁ.....

Data	Godziny pracy od-do	Obserwacje z zajęć hospitowanych i samodzielnie prowadzonych oraz 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/ODDZIAŁ.....

Data	Godziny pracy od-do	Obserwacje z zajęć hospitowanych i samodzielnie prowadzonych oraz 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