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 2026/2027

……
Imię i nazwisko studenta oraz kontakt

……
Nr albumu

Mgr Agnieszka Nowakowska nowakowska.agnieszka@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 zakończenie 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
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:			

……
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
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:			

……..……
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
Liczba wszystkich godzin praktyki w tygodniu:			

……..……
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej