

Pieczęć placówki

Opinia z realizacji praktyki

Nazwisko i imię studentki/ta

Numer albumu.....

Nazwa i adres placówki

Termin praktyki.....

Liczba godzin praktyki.....

Nazwisko i imię Opiekuna praktyki.....

Dyrektor placówki.....

Ocena realizacji i efektów kształcenia przez studentkę/studenta (wypełnia opiekun praktyki w placówce edukacyjnej), *0 – oznacza niewykonanie, 5 – bardzo dobre wykonanie.

Efekty i cele kształcenia	0	1	2	3	4	5
Stopień realizacji						
Zna i rozumie teorie rozwoju wychowania ucznia i nauczania, potrafi wykorzystać je w praktyce.						
Zna i rozumie strukturę, funkcjonowanie systemu edukacji na przykładzie placówki w której odbywa praktykę.						
Zna i rozumie oraz egzekwuje prawa dziecka i osób z niepełnosprawnościami w środowiskach edukacyjnych.						
Zna i stosuje różne rodzaje oceniania.						
Pełni rolę nauczyciela.						
Potrafi dokonywać obserwacji sytuacji i zdarzeń pedagogicznych, analizować je i proponować rozwiązanie problemów.						
Potrafi rozwijać kompetencje kluczowe u dzieci (kreatywność, krytyczną refleksję, umiejętności samodzielnego i zespołowego rozwiązywania problemów).						
Włącza się w projektowanie działań zmierzających do rozwoju placówki edukacyjnej i stymuluje poprawę ich pracy.						
Odnacza się punktualnością.						
Potrafi zorganizować zespół dzieci do działań.						
Chętnie uczestniczy w dodatkowych działaniach na terenie placówki.						

Podejmuje dodatkowe zadania wykraczające ponad program praktyki.						
Wykazuje się umiejętnościami komunikacyjnymi.						
Wykazuje się inicjatywę własną.						
Potrafi organizować i dyscyplinować zespół.						
Potrafi mobilizować zespół.						
Potrafi prowadzić zróżnicowaną pracę w zespole.						
Czerpie inspiracje z literatury, a także z doświadczenia innych.						
Wykorzystuje okazje do uczenia się.						
Wykazuje się etyczną postawą w kontaktach z dziećmi.						

Uwagi:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

W oparciu o przedłożoną dokumentację potwierdzającą odbycie praktyki, realizację celów i efektów kształcenia zaliczam praktykę ciągłą zawodową stopniem (wypełnia opiekun praktyk w placówce edukacyjnej)

.....
podpis Dyrektora placówki

.....
podpis Opiekuna praktyki w placówce

Zaliczenie praktyki zawodowej ciągłej przez opiekuna z ramienia Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego (wypełnia pracownik UKW)

.....
.....

.....
podpis Opiekuna praktyki z UKW