Pieczęć instytucji

Karta Kompetencji Studenta/ki

Kształcenie w zakresie: Podstawy Terapii pedagogicznej z elementami Integracji sensorycznej

Etap I - 30 godz.

Imię i nazwisko studenta/ki: .....
Nr Pesel:..... Nr albumu: .....
Czas trwania praktyki (od-do/liczba godzin).....
Data, podpis i pieczęć dyrektora placówki lub osoby upoważnionej.....

Opis działań studenta	Potwierdzenie wykonania zadania przez opiekuna w placówce (przez wstawienie znaku + lub -)
1. Student/ka zna i rozumie: • specyfikę szkoły lub placówki systemu oświaty, w której jest odbywana praktyka, w szczególności: zadania opiekuńczo-wychowawcze, organizację pracy, zakresy zadań pracowników, uczestników procesów pedagogicznych oraz rodzaj prowadzonej dokumentacji i program realizacji doradztwa zawodowego uwzględniający treści wynikające z przepisów dotyczących doradztwa zawodowego; • zasady zapewniania bezpieczeństwa uczniom w szkole lub placówce systemu oświaty i poza nimi	
2. Student/ka potrafi: • zaobserwować funkcjonowanie dziecka, ucznia i nauczyciela w życiu szkoły lub placówki systemu oświaty; • dokonać analizy i interpretacji zaobserwowanych lub doświadczonych sytuacji i zdarzeń pedagogicznych	
3. Student/ka jest gotów/gotowa do: • skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych oraz ze specjalistami i nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy	
Data i podpis opiekuna praktyki w placówce	**Uwagi (zaliczam/nie zaliczam)**
Data i podpis kierunkowego opiekuna praktyk	

Potwierdzam wypełnienie ankiety samooceny w systemie elektronicznym przed przystąpieniem do praktyk

Data……Podpis Studenta/ki…….

Potwierdzam odbiór dzienniczka praktyk z I etapu praktyki

Data ..... Podpis Studenta/ki.....

Pieczęć instytucji

Karta Kompetencji Studenta/ki

Kształcenie w zakresie: Podstawy Terapii pedagogicznej z elementami Integracji sensorycznej

Etap II - 120 godz.

Imię i nazwisko studenta/ki: .....
Nr Pesel:..... Nr albumu:.....
Czas trwania praktyki (od-do/liczba godzin).....
Data, podpis i pieczęć dyrektora placówki lub osoby upoważnionej.....

Opis działań studenta	Potwierdzenie wykonania zadania przez opiekuna w placówce (przez wstawienie znaku + lub -)
1. Student/ka zna i rozumie: • zadania charakterystyczne dla szkoły lub placówki systemu oświaty oraz środowisko, w jakim one działają; • organizację, statut i plan pracy szkoły oraz program wychowawczo- profilaktyczny; • zasady zapewniania bezpieczeństwa uczniom w szkole lub placówce systemu oświaty i poza nimi	
2.Student/ka potrafi: • wyciągać wnioski z obserwacji pracy specjalistów i nauczycieli, ich interakcji z dziećmi i uczniami oraz sposobu, w jaki planują i przeprowadzają zajęcia specjalistyczne, dydaktyczne, wychowawcze i opiekuńcze; • wyciągać wnioski z obserwacji sposobu integracji działań specjalistycznych, dydaktycznych i opiekuńczo-wychowawczych przez specjalistów oraz nauczycieli; • wyciągać wnioski z bezpośredniej obserwacji pozalekcyjnych działań opiekuńczo-wychowawczych nauczycieli, w tym podczas dyżurów na przerwach międzylekcyjnych i zorganizowanych wyjść grup uczniowskich; • zaplanować i przeprowadzić zajęcia pod nadzorem opiekuna praktyk zawodowych; • analizować, przy pomocy opiekuna praktyk zawodowych oraz nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogicznego, sytuacje i zdarzenia pedagogiczne zaobserwowane lub doświadczone w czasie praktyk	
3. Student/ka jest gotów/gotowa do: • skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych oraz z nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy	
Data i podpis opiekuna praktyki w placówce	**Uwagi (zaliczam/nie zaliczam)**
Data i podpis kierunkowego opiekuna praktyk	

Potwierdzam wypełnienie ankiety samooceny w systemie elektronicznym po zrealizowaniu praktyk

Data……Podpis Studenta/ki…….

Potwierdzam odbiór dzienniczka praktyk z II etapu praktyki

Data……Podpis Studenta/ki……

Pieczęć instytucji

Uwagi do przebiegu praktyk