

PRAKTYKA PEDAGOGICZNA II

ROK AKADEMICKI

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:.....

NR ALBUMU.....

SEMESTR **3**

KIERUNEK PEDAGOGIKA

SPECJALNOŚĆ



Szczecińska Szkoła Wyższa
Collegium Balticum

PRZEBIEG PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ II

I. MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI

1. Miejsce praktyk (nazwa i adres placówki/instytucji)

.....

2. Dyrektor

Wyraża zgodę na nieodpłatne / odpłatne przyjęcie studenta:

.....

Imię i nazwisko studenta

Na praktykę pedagogiczną w okresie:

Realizowaną wg programu praktyk SSW „Collegium Balticum” w Szczecinie

3. Potwierdzenie zrealizowania praktyki przez Dyrektora placówki/firmy

.....

(Pieczęć i podpis)

II. ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ UCZELNIE

Na podstawie przedłożonej dokumentacji zaliczam praktykę /nie zaliczam praktyki*¹ w wymiarze

.....

data

.....

pieczęć i podpis Kierunkowego Opiekuna Praktyki

¹ Właściwie zakreślić

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI
ZGODNEJ Z PROGRAMEM NA KIERUNKU PEDAGOGIKA**

PRAKTYKA II SEMESTR 3

/ DZIEŃ 1 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 2 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 3 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN ...5.....

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI
ZGODNEJ Z PROGRAMEM NA KIERUNKU PEDAGOGIKA**

PRAKTYKA II SEMESTR 3

/ DZIEŃ 4 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 5 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 6 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI
ZGODNEJ Z PROGRAMEM NA KIERUNKU PEDAGOGIKA**

PRAKTYKA II SEMESTR 3

/ DZIEŃ 7 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN ...5.....

/ DZIEŃ 8 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN ...5.....

/ DZIEŃ 9/ DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5...

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI
ZGODNEJ Z PROGRAMEM NA KIERUNKU PEDAGOGIKA**

PRAKTYKA II SEMESTR 3

/ DZIEŃ 10 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 11 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 12 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI
ZGODNEJ Z PROGRAMEM NA KIERUNKU PEDAGOGIKA**

PRAKTYKA II SEMESTR 3

/ DZIEŃ 13/ DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 14 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

/ DZIEŃ 15 / DATA GODZINY OD-DO ILOŚĆ GODZIN5.....

Praktykę w wymiarze godzin zrealizowano.

OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

