

Wypełnia: Student

Żary, dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu: Edycja.....

Rok studiów: Semestr:

System studiów * stacjonarne niestacjonarne

Stopień studiów * licencjackie magisterskie

Kierunek: PEDAGOGIKA

Specjalność * doradztwo zawodowe



Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym Regulaminem praktyk i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis studenta)

Deklaracja

dotycząca miejsca odbywania praktyki

Niniejszym informuję, że praktykę w wymiarze godzinowy:*

pedagogiczno – asystencką 75

hospitacyjną 75

metodyczną 50

w roku akademickim / odbywać będę w

.....
(dokładna nazwa placówki i adres)

w terminie od do

Proszę o przedłużenie terminu rozliczenia praktyki do dnia.....

Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu

rozliczenia praktyki do dnia.....

.....
(podpis studenta)

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć kierownika
podstawowej jednostki organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć opiekuna praktyk zawodowych)

* *zaznaczyć właściwe*

Wypełnia: Pracownik Dziekanatu

Żary, dnia

L.dz.ŁWSH-Pr/ ... /..

Skierowanie na praktykę zawodową:

Kieruję Panią (Pana).....

studentkę (studenta)

.... roku /Pedagogika /doradztwo zawodowe

(rok studiów / kierunek / specjalność)

Łużyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej
im. Jana Benedykta Solfy w Żarach

nr albumu

na praktykę

(nazwa praktyki)

w roku akademickim

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć opiekuna praktyk zawodowych)

Załącznik nr

do Porozumienia w sprawie prowadzenia studenckich praktyk zawodowych,
zawartego w dniu pomiędzy Łużycką Wyższą Szkołą Humanistyczną im. Jana
Benedykta Solfy z siedzibą w Żarach

a

Cel i zakres praktyki	termin realizacji praktyki	Opiekun praktyki*/**
<p>PRAKTYKA PEDAGOGICZNO - ASYSTENCKA</p> <p>a) Nabycie orientacji o charakterze i sposobach pracy placówki oraz jej zadaniach w zakresie doradztwa zawodowego.</p> <p>b) Zapoznanie się z metodami, technikami i narzędziami diagnostycznymi stosowanymi w praktyce doradczej placówki.</p> <p>c) Aktywny udział w zadaniach placówki ukierunkowanych na doradztwo zawodowe.</p> <p>PRAKTYKA HOSPITACYJNA</p> <p>a) Hospitowanie wykonanych zajęć, realizowanych przez kadrę placówki.</p> <p>b) Ćwiczenie umiejętności przygotowywania konspektów, scenariuszy, programów zajęć edukacyjno – doradczych.</p> <p>c) Przeprowadzanie zajęć dydaktycznych z zakresu doradztwa zawodowego na podstawie uprzednio przygotowanych i zatwierdzonych przez opiekuna scenariuszy.</p> <p>PRAKTYKA METODYCZNA</p> <p>a) Sprawdzenie i pogłębienie umiejętności studenta w zakresie pracy doradcy zawodowego.</p> <p>b) Ćwiczenie umiejętności prowadzenia zajęć i pisanie sprawozdań z przeprowadzonych zajęć.</p> <p>c) Pogłębianie umiejętności w zakresie opracowywania narzędzi metodycznych doradcy zawodowego (konspekty, scenariusze zajęć i programy dostosowywane do specyficznych potrzeb grupy docelowej).</p> <p>d) Włączanie się do współpracy placówki z innymi osobami i instytucjami uczestniczącymi w realizacji systemu doradztwa.</p>	<p>od</p> <p>do</p>	<p>..... Imię i nazwisko</p> <p>.....</p> <p>..... Adres zamieszkania</p> <p>.....</p> <p>..... Nr PESEL</p> <p>.....</p> <p>..... NIP</p> <p>.....</p> <p>..... Nazwa banku; nr konta</p> <p>.....</p> <p>..... Urząd Skarbowy dokonujący obliczenia podatku</p>

* jeżeli opiekun praktyki nie podpisuje umowy o dzieło z uczelnią wypełnić jedynie pozycję „imię i nazwisko”

** jeżeli opiekun praktyki podpisuje umowę o dzieło PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
(pieczęć uczelni)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(pieczęć i podpis Opiekuna Praktyk Zawodowych Wydziału Pedagogiki)

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora zakładu pracy)