

Wypełnia: Student

Żary, dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu: Edycja.....

Rok studiów: Semestr:

System studiów * stacjonarne niestacjonarne

Kierunek: PEDAGOGIKA

Specjalność * resocjalizacja



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 /resocjalizacja

(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 style="text-align: center;">PRAKTYKA PEDAGOGICZNO - ASYSTENCKA</p> <p>a) Zapoznanie z placówką pod kątem pełnionej funkcji i realizacji standardów</p> <p>b) Zapoznanie się studenta z zawartością teczek wychowanków</p> <p>c) Analiza składów osobowych wychowanków w placówkach resocjalizacyjnych, w tym: przyczyn skierowań do placówki i podejmowanych programów resocjalizacyjnych</p> <p style="text-align: center;">PRAKTYKA HOSPITACYJNA</p> <p>a) Hospitacja spotkań metodycznych</p> <p>b) Udział w zebraniach pracowników, naradach, szkoleniach, konferencjach</p> <p>c) Udział w wywiadach środowiskowych prowadzonych przez wychowawcę</p> <p>d) Wgląd do zapisów w arkuszach obserwacji wychowanków</p> <p>e) Współudział studenta w imprezach i uroczystościach organizowanych przez placówkę</p> <p style="text-align: center;">PRAKTYKA METODYCZNA</p> <p>a) Planowanie, realizowanie i ocenianie efektów procesu resocjalizacyjnego</p> <p>b) Planowanie i podejmowanie działań wychowawczych, profilaktycznych i resocjalizacyjnych</p> <p>c) Przygotowanie w oparciu o znaną literaturę przykładowego programu resocjalizacyjnego dla wybranego wychowanka</p> <p>d) Poprowadzenie z wybranym wychowankiem lub grupą wychowanków warsztatów z zakresu resocjalizacji</p>	<p>od</p> <p>do</p>	<p style="text-align: center;">..... Imię i nazwisko</p> <p style="text-align: center;">..... Adres zamieszkania</p> <p style="text-align: center;">..... Nr PESEL</p> <p style="text-align: center;">..... NIP</p> <p style="text-align: center;">..... Nazwa banku; nr konta</p> <p style="text-align: center;">..... 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)