

Wypełnia: Student

Żary, dnia .....

Imię i nazwisko: .....

Nr albumu: ..... Edycja.....

Rok studiów: ..... Semestr: .....

System studiów \*  stacjonarne  niestacjonarne

Stopień studiów \*  licencjackie  magisterskie

Kierunek: PEDAGOGIKA

Specjalność \* Wychowanie przedszkolne i nauczanie początkowe



### 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:\*

<input type="checkbox"/> pedagogiczno – asystencką	<input type="checkbox"/> 75	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 50
<input type="checkbox"/> hospitacyjną	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 75	<input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> metodyczną	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 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 /Wychowanie przedszkolne i nauczanie początkowe**

(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;"><b>PRAKTYKA PEDAGOGICZNO - ASYSTENCKA</b></p> <p>a) Zapoznanie się z placówką i jej strukturą organizacyjną</p> <p>b) Obserwacja zadań placówki, sposobu podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów z zakresu wychowania przedszkolnego i nauczania początkowego</p> <p>c) Zapoznanie się z zadaniami i metodami pracy nauczyciela przedszkola i nauczyciela nauczania początkowego</p> <p>d) Zapoznanie się z zasadami współpracy z rodzicami, pracownikami poradni psychologiczno – pedagogicznej i innymi placówkami kulturalno – oświatowymi</p> <p style="text-align: center;"><b>PRAKTYKA HOSPITACYJNA</b></p> <p>a) Udział w radach pedagogicznych lub spotkaniach zespołów samokształceniowych</p> <p>b) Czynne włączenie się do zajęć z dziećmi prowadzonymi w placówce</p> <p>c) Nabycie umiejętności prowadzenia czynności administracyjnych związanych z koniecznością prowadzenia dokumentacji klasy</p> <p>d) Pomoc w organizowaniu zajęć i zabaw edukacyjnych</p> <p>e) Zapoznanie się ze sposobem prowadzenia obserwacji pedagogicznej dziecka</p> <p style="text-align: center;"><b>PRAKTYKA METODYCZNA</b></p> <p>a) Samodzielne prowadzenie zajęć pod kierunkiem opiekuna praktyk</p> <p>b) Prowadzenie obserwacji pedagogicznej wychowanków i jej dokumentacja</p> <p>c) Znajdowanie przyczyn niepowodzeń uczniów i opracowywanie strategii ich przezwyciężania</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)