

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ
PRAKTYKA ZAWODOWA**
(śródroczna ogólnopedagogiczna; semestr V)
na kierunku **Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna**

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się
J.1.1.W1.	Zna sposób funkcjonowania przedszkoli, szkół lub placówek systemu oświaty, organizację ich pracy, uczestników procesów pedagogicznych oraz sposób prowadzenia dokumentacji.
J.1.1.W2.	Zna realizowane zadania opiekuńczo-wychowawcze, dydaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne, charakterystyczne dla przedszkola, szkoły i placówki systemu oświaty, w tym poradni psychologiczno-pedagogicznej, oraz środowisko, w jakim one działają.
J.1.1.W3.	Poznał zasady organizacji przedszkoli, szkół i placówek systemu oświaty, w tym podstawowe zadania, obszary działalności, procedury organizacyjne, podział kompetencji, planowanie pracy i system kontroli.
J.1.1.W4.	Zna specyficzne dla przedszkola, szkoły i placówki systemu oświaty codzienne działania zawodowe nauczyciela oraz jego warsztat pracy.
J.1.1.U1.	Umie wyciągać wnioski z obserwacji pracy grupy przedszkolnej i klasy szkolnej, zachowań i aktywności dzieci lub uczniów w czasie zajęć, z uwzględnieniem uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.
J.1.1.U2.	Potrafi analizować zdarzenia wychowawczo-opiekuńcze i edukacyjne zaobserwowane lub doświadczane w czasie praktyk zawodowych.
J.1.1.K1.	Ma przekonanie o skuteczności współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych oraz z nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy.
J.1.1.K2.	Jest świadom praktycznego stosowania zasad bezpieczeństwa dzieci lub uczniów w przedszkolu, szkole lub placówce systemu oświaty

*Należy wpisać efekty uczenia się dla danej praktyki obowiązujące dla danego naboru Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów uczenia się.

.....
Data i podpis zakładowego opiekuna
praktyk, zajmowane stanowisko

.....
Nr telefonu lub adres e-mail zakładowego
opiekuna praktyk

Akceptuję

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk