**Załącznik nr 6 do Zarządzenia**

**Wzór sprawozdania z opieki nad praktykami**

Imię i nazwisko:

Wydział:

Jednostka/katedra:

Telefon:

Adres e-mail:

**SPRAWOZDANIE Z OPIEKI NAD PRAKTYKAMI**

**w roku akademickim** ....................................

|  |  |
| --- | --- |
| Kierunek, forma i poziom studiów |  |
| Semestr, w którym nastąpiło zaliczenie |  |
| Specjalność/  Specjalizacja |  |
| Wymiar godzinowy praktyk |  |
| Termin realizacji (wakacje/rok akademicki) |  |
| Liczba studentów  będących pod opieką (w załączeniu kopia protokołu zaliczenia praktyk) |  |
| Liczba studentów, którym zaliczono praktykę na podstawie innych aktywności zawodowych (w załączeniu wykaz studentów) |  |
|  | |
| Cele praktyki |  |
| Wykaz placówek, w których odbywały się praktyki (nazwa, adres) wraz z rekomendacją do których Instytucji warto w przyszłości kierować studentów |  |
| Przykładowe formy aktywności realizowane przez studentów w ramach praktyk |  |
| Czy wszyscy studenci uzyskali zaliczenie, a jeśli nie to dlaczego? |  |
| Ewaluacja praktyk/ Wizytacje/Obserwacje  (dane i wnioski) |  |
| Inne zadania zrealizowane w ramach opieki nad praktykami |  |
| \*Opinie studentów |  |
| \*Stwierdzone problemy |  |
| \*Wnioski końcowe/ Inne uwagi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................................  Opiekun Praktyk / Opiekun Praktyk Psychologiczno-Pedagogicznych / Koordynator Kształcenia Praktycznego  *(data i podpis)* | ............................................................  Wydziałowy Koordynator Praktyk  *(data i podpis)* |
| ........................................................................  Dziekan Wydziału  *(data i podpis)* | |