

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ
PRAKTYKA ZAWODOWA**

(śródroczna ogólnopedagogiczna; semestr V)
na kierunku **Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna**
dla naboru 2020/2021
Forma kształcenia: stacjonarna

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się
J.1.1.W1.	Zna i rozumie sposób funkcjonowania przedszkoli, szkół lub placówek systemu oświaty, organizację ich pracy, uczestników procesów pedagogicznych oraz sposób prowadzenia dokumentacji.
J.1.1.W2.	Zna i rozumie 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.	Zna i rozumie 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 i rozumie specyficzne dla przedszkola, szkoły i placówki systemu oświaty codzienne działania zawodowe nauczyciela oraz jego warsztat pracy.
J.1.1.U1.	Potrafi 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.	Jest gotów do skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych oraz z nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy.
J.1.1.K2.	Jest gotów do praktycznego stosowania zasad bezpieczeństwa dzieci lub uczniów w przedszkolu, szkole lub placówce systemu oświaty.

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