

**INSTYTUT PEDAGOGIKI SPECJALNEJ, SZKOLNEJ I KSZTAŁCENIA NAUCZYCIELI**

**UNIWERSYTET PEDAGOGICZNY**

**IM. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ**

**UL. R. INGARDENA 4, 30-060 KRAKÓW**

**DZIENNIK PRAKTYK PEDAGOGICZNYCH**

**Imię i nazwisko studenta:**

**Kierunek: PEDAGOGIKA SPECJALNA**

**Specjalność:**

**Rok studiów:**

**Forma studiów:**

**Rok akademicki:**

**Imię i nazwisko opiekuna praktyki (z ramienia**

**placówki):**

**………………………..................................**

**Miejsce realizacji praktyki:**

**…………………………………………………**

**…………………………………………………**

**Liczba godzin praktyki:…………………**

**…………………………………………………**

**(pieczęć placówki)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **DATA** | **Liczba godzin** | **TEMAT** | **PODPIS OPIEKUNA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **DATA** | **Liczba godzin** | **TEMAT** | **PODPIS OPIEKUNA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |