

POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI

EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

PRAKTYKA KIERUNKOWA

na kierunku PEDAGOGIKA

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

Lp.	SYMBOL EFEKTU KIERUNKOWEGO	OPIS EFEKTU UCZENIA SIĘ DLA PRAKTYKI
1.	K_W17	Student zna podstawy systemu bezpieczeństwa i zasady higieny pracy w instytucjach edukacyjnych i wychowawczych, ich praktyczne uwarunkowania oraz realizacje.
2.	K_U01	Student na podstawie własnej obserwacji potrafi analizować różne przejawy zachowań w wybranym przez siebie obszarze społecznej praktyki.
3.	K_U11	Student potrafi inicjować i utrzymywać interakcje komunikacyjne.
4.	K_K03	Student potrafi hierarchizować własne cele, optymalizować własną działalność pedagogiczną.

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów uczenia się.

.....

Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

.....

nr telefonu lub adres e-mail zakładowego opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

Akceptuję

.....

Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk