

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI  
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

*PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
(nazwa praktyki)*

na kierunku Filologia Angielska

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....  
(pełna nazwa zakładu pracy)

<b>Nr</b>	<b>Efekty uczenia się*</b>
B.3.W1.	Student zna i rozumie zadania charakterystyczne dla szkoły/przedszkola oraz środowisko, w jakim one działają;
B.3.W2.	Student zna i rozumie organizację, statut i plan pracy przedszkola/szkoły, program wychowawczo-profilaktyczny oraz program realizacji doradztwa zawodowego
B.3.W3.	Student zna i rozumie zasady zapewniania bezpieczeństwa uczniom w przedszkolu/szkole i poza nimi;
B.3.U1.	Student potrafi wyciągać wnioski z obserwacji pracy wychowawcy klasy, jego interakcji z uczniami oraz sposobu, w jaki planuje i przeprowadza zajęcia wychowawcze;
B.3.U2.	Student potrafi wyciągać wnioski z obserwacji sposobu integracji działań opiekuńczo-wychowawczych i dydaktycznych przez nauczycieli przedmiotów;
B.3.U3.	Student potrafi wyciągać wnioski, w miarę możliwości, z bezpośredniej obserwacji pracy rady pedagogicznej i zespołu wychowawców klas;
B.3.U4.	Student potrafi wyciągać wnioski z bezpośredniej obserwacji pozalekcyjnych działań opiekuńczo- wychowawczych nauczycieli, w tym podczas dyżurów na przerwach międzylekcyjnych i zorganizowanych wyjść grup uczniowskich;
B.3.U5.	Student potrafi zaplanować i przeprowadzić zajęcia wychowawcze pod nadzorem opiekuna praktyk zawodowych;
B.3.U6.	Student potrafi analizować, przy pomocy opiekuna praktyk zawodowych oraz nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogicznego, sytuacje i zdarzenia pedagogiczne zaobserwowane lub doświadczone w czasie praktyk;

B.3.K1.	Student jest gotów do skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych i z nauczycielami w celu poszerzenia swojej wiedzy.
---------	---

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