



INSTYTUT MATEMATYKI

Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków

tel. 126626273-74, fax. 126372243

DZIENNICZEK PRAKTYKI

Imię i Nazwisko Studenta.....

Rok studiów.....Kierunek

Specjalność.....

Tryb

Rok akademicki.....

Rodzaj praktyki (pełna nazwa).....

Miejsce realizacji praktyki:

Nazwa Szkoły

Adres

Imię i Nazwisko Szkolnego Opiekuna Praktyki

.....

Data rozpoczęcia praktyki

Data zakończenia praktyki

/pieczęć Szkoły/

/podpis Dyrektora Szkoły/

/podpis Szkolnego Opiekuna Praktyk/

Lp.	Data	Klasa	Temat lekcji	Podpis Opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				

23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

WYKAZ HOSPITOWANYCH LEKCJI MATEMATYKI:

Lp.	Data	Klasa	Temat lekcji	Podpis Opiekuna
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				

28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				

INFORMACJA O EWENTUALNEJ REALIZACJI DODATKOWYCH GODZIN WYMIARU PRAKTYKI¹

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE PRAKTYKI (IM UP)

Ocena praktyki (w skali akademickiej):

.....

/data i podpis Nauczyciela Akademickiego IM UP/

/Pieczęć i podpis Kierownika Praktyk Pedagogicznych/

¹ Wypełnia i potwierdza podpisem Nauczyciel – Szkolny Opiekun Praktyki