**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**



**GIMNASTYKA KOREKCYJNA**

**DZIENNIK PRAKTYK**

**dla studentów stacjonarnych**

**kierunku wychowanie fizyczne**

**Student:**

**………………………………………… Email studenta:** ………………………………

Numer albumu ……………………………

Termin: od …………………….20…….r. do ……………………….. 20……. r

……………………………………………………………………

(pieczęć szkoły/placówki)

Nazwa szkoły/placówki……………………………………………………………………….

Adres szkoły/placówki………………………………………………………………………..

Dyrektor Szkoły…….…………………………………………………….……………………

Opiekun Praktyki z ramienia Szkoły…….……………………….…... Tel. ………….............

Opiekun Praktyki z ramienia Uczelni………………………….……………………………

**INSTRUKCJA**

**Programowej praktyki zawodowej w zakresie gimnastyki korekcyjnej dla studentów III roku wychowania fizycznego z gimnastyką korekcyjną - ogółem 60 godzin**

**(w semestrze 5 – 30 godzin i w semestrze 6 - 30 godzin)**

1. **TERMIN PRAKTYKI**

Praktykę zawodową na kierunku wychowanie fizyczne z gimnastyką korekcyjną odbywają studenci studiów stacjonarnych na III roku studiów w semestrze 5 i 6 w terminie ustalonym w organizacji roku akademickiego.

1. **MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI**

W semestrze 5 studenci praktykę zawodową odbywają w wybranych placówkach edukacyjnych (przedszkola, szkoły wszystkich typów (specjalne, integracyjne, społeczne, prywatne, ośrodki gimnastyki korekcyjnej, ośrodki dydaktyczno-wychowawcze), w których prowadzona jest gimnastyka kompensacyjno-korekcyjna.

W semestrze 6 studenci praktykę zawodową odbywają w placówkach służby zdrowia (poradnie rehabilitacyjne, szpitale) lub w prywatnych przychodniach, ośrodkach, niepublicznych placówkach terapeutycznych, które prowadzą gimnastykę korekcyjną.

Odstępstwo od powyższego w uzasadnionych przypadkach jest możliwe po uzyskaniu zgody opiekuna praktyki z Uczelni.

1. **CELE PRAKTYKI**
2. Nabycie umiejętności w zakresie diagnozowania wad postawy, zaburzeń kontroli mięśniowej postawy ciała, dysharmonii rozwoju dziecka i klasyfikacji do grup dyspanseryjnych.
3. Umożliwienie studentom zdobycia zasobu spostrzeżeń i doświadczeń z metodyki prowadzenia zajęć z dziećmi i młodzieżą z rozpoznanymi wadami postawy oraz zaznajomienie ze specyfiką prowadzenia tych zajęć w różnych placówkach.
4. Zaznajomienie się praktykantów z organizacją, funkcjonowaniem i wyposażeniem ośrodków ćwiczeń korekcyjnych.
5. **EFEKTY UCZENIA SIĘ**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Efekty uczenia się |
|
| W zakresie **WIEDZY** student: | |
| 1 | |  | | --- | | Zna możliwości stosowania ćwiczeń, środków dydaktycznych i form organizacyjnych w procesie korekcji wad postawy ciała | |
| 2 | |  | | --- | | Posiada podstawową wiedzę z zakresu nauk biologiczno-medycznych o wpływie różnych czynników na budowę i postawę ciała z uwzględnieniem etapów rozwoju ontogenetycznego | |
| W zakresie **UMIEJĘTNOŚCI** student: | |
| 3 | |  | | --- | | Potrafi zaplanować oraz dobrać odpowiednie środki w procesie korekcji wad postawy oraz prowadzić lekcje zgodnie z zasadami procesu korekcyjnego; potrafi prowadzić dokumentację procesu korekcyjno-kompensacyjnego | |
| W zakresie **KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH** student: | |
| 4 | |  | | --- | | Jest świadomy własnych ograniczeń i wie, kiedy zwrócić się do specjalisty | |
| 5 | Jest odpowiedzialny za swoje działania i zdrowie osób powierzonych jego opiece |

1. **OBOWIĄZKI OPIEKUNA PRAKTYKI W PLACÓWCE LUB OŚRODKU**
2. Ustalenie planu praktyk dla studenta.
3. Kontrola przestrzegania przez praktykanta obowiązującej w miejscu praktyki dyscypliny pracy i oraz przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz zasad wynikających z RODO.
4. Sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem planu praktyki oraz udzielanie fachowych rad i wskazówek.
5. Zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych.
6. Dokonanie końcowej oceny i charakterystyki praktykanta.
7. **OBOWIĄZKI PRAKTYKANTA**
8. Najpóźniej w pierwszym dniu praktyki student powinien przedstawić się kierownictwu placówki.
9. Studenta obowiązuje przestrzeganie planu ustalonego przez opiekuna praktyk.
10. Student zobowiązany jest do aktywnego udziału we wszystkich formach i rodzajach pracy przewidzianej programem oraz do sumiennego wypełniania zadań.
11. Student zobowiązany jest do prowadzenia dziennika praktyk.
12. Student zobowiązany jest do odbycia **w 5 semestrze:** **14 godzin hospitacji oraz przeprowadzenia 16 lekcji gimnastyki korekcyjnej.**  **W semestrze 6: 14 godzin hospitacji i przeprowadzenie 16 godzin zajęć gimnastyki korekcyjnej.**
13. Po zakończeniu praktyki, w każdym semestrze, student powinien przedłożyć w terminie 2 tygodni swojemu opiekunowi dydaktycznemu w AWF :

* Dziennik praktyk zatwierdzony przez opiekuna praktyk placówki i dyrektora/kierownika placówki, w której miały miejsce praktyki.
* 5 konspektów wg. których prowadził lekcje gimnastyki korekcyjno kompensacyjnej lub 5 zestawów ćwiczeń zatwierdzonych przez opiekuna praktyk z ramienia placówki, w której praktyki się odbywały.

1. Zaliczenia praktyki dokonuje opiekun praktyki z Uczelni w oparciu o analizę przedstawionej przez studenta dokumentacji. Przedstawienie dokumentacji niepełnej lub złożenie jej po terminie może skutkować nie zaliczeniem praktyki.

**Ponadto student jest zobowiązany do:**

* Udziału w procesie rozpoznawania i diagnozowania wad postaw oraz nabywania umiejętności właściwego doboru i stosowania adekwatnych ćwiczeń korekcyjnych.
* Wykazywania się znajomością metod, form i środków dostosowanych do wieku, rodzaju wady postawy i warunków realizacji procesu korekcyjnego.
* Prowadzenia gimnastyki korekcyjnej w miarę możliwości z różnymi grupami i w zróżnicowanych warunkach, np. w salce korekcyjnej, na basenie pływackim.
* Udziału w sporządzaniu zestawów ćwiczeń zalecanych do realizacji przez uczniów w domu.

*\*ZAŁĄCZNIK*

**PLAN PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z ZAKRESU GIMNASTYKI KOREKCYJNEJ**

|  |
| --- |
| Nazwisko i Imię studenta…………………………………………………………………………………….  Rok studiów, kierunek, grupa…………………………………………………………………………………. |
| Placówka w której zaplanowana jest praktyka (adres, tel. kontaktowy)………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………. ……………………  ………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Opiekun z ramienia placówki w której zaplanowana jest praktyka (tel. kontaktowy)  ………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………….. |
| Szczegółowy plan praktyki:   1. Termin praktyki (od – do) ……………………………………………………………………………… 2. Godziny odbywania praktyki w poszczególnych dniach tygodnia (od-do):   poniedziałek………………………………………………………………………………………………  wtorek…………………………………………………………………………………………………….  środa………………………………………………………………………………………………………  czwartek………………………………………………………………………………………………….  piątek…………………………………………………………………………………………………….  sobota……………………………………………………………………………………………………. |
| Potwierdzenie planu praktyki przez kierownictwo placówki: |

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

……………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | |
| Tydzień od ……………………..20….r. do ………………………….20….r. | | | | | |
| **Dzień**  **tygodnia** | **Godziny**  **pracy**  **(od – do)** | **Liczba godz. pracy** | **Rodzaj zajęć**  hospitacja (H) prowadzenie (P) | **Temat zajęć** | **Uwagi**  (obserwacje i wnioski słuchacza co do wykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis opiekuna

**Uwagi ogólne praktykanta o przebiegu praktyki**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................

…………………………………………..

Podpis praktykanta

**Opinia opiekuna praktyki**

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Ocena końcowa:** ………………...... ………………………………………….

Podpis opiekuna

…………………………………………. …………………………………………

Pieczęć szkoły/placówki Podpis i pieczęć dyrektora/kierownika

Załącznik nr 1

SZANOWNI PAŃSTWO

opiekunowie praktyk zawodowych

W związku z potrzebą poznania opinii interesariuszy zewnętrznych w sprawie jakości kształcenia bardzo prosimy o wypełnienie ankiety znajdującej się poniżej.

W ankiecie wyrażają Państwo opinie na temat osiągnięcia przez studentów efektów uczenia się dotyczących praktyk zawodowych, które mają służyć poprawie procesu dydaktycznego w Uczelni i nie mają wpływu na indywidualną ocenę studenta.

Dziękujemy za rzetelną ocenę przygotowania zawodowego realizowanego przez Uczelnię.

**Ocena stopnia osiągnięcia efektów uczenia się dla praktyki w ramach specjalności gimnastyka korekcyjna– WF I stopień**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Efekty uczenia się | Czy student osiągnął efekt uczenia się? \* | |
| TAK | NIE |
| W zakresie WIEDZY student: | | | |
| 1 | Zna możliwości stosowania ćwiczeń, środków dydaktycznych i form organizacyjnych w procesie korekcji wad postawy ciała |  |  |
| 2 | Posiada podstawową wiedzę z zakresu nauk biologiczno-medycznych o wpływie różnych czynników na budowę i postawę ciała z uwzględnieniem etapów rozwoju ontogenetycznego |  |  |
| W zakresie UMIEJĘTNOŚCI student: | | | |
| 3 | Potrafi zaplanować oraz dobrać odpowiednie środki w procesie korekcji wad postawy oraz prowadzić lekcje zgodnie z zasadami procesu korekcyjnego; potrafi prowadzić dokumentację procesu korekcyjno-kompensacyjnego |  |  |
| W zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH student: | | | |
| 4 | Jest świadomy własnych ograniczeń i wie, kiedy zwrócić się do specjalisty |  |  |
| 5 | Jest odpowiedzialny za swoje działania i zdrowie osób powierzonych jego opiece |  |  |

\*zaznaczyć właściwe pole (X)

………………………… …………………………… ………………………………..

*Data Pieczątka szkoły/placówki Podpis opiekuna praktyki*

**Uwaga!** Wypełniony przez nauczyciela arkusz oceny student przekazuje na osobnej kartce (nie załączony do dziennika praktyk) do właściwego Dziekanatu.