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)

I. 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.

II. 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.

III. CELE PRAKTYKI

1. Nabycie umiejętności w zakresie diagnozowania wad postawy, zaburzeń kontroli mięśniowej postawy ciała, dysharmonii rozwoju dziecka i klasyfikacji do grup dyspanseryjnych.
2. 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.
3. Zaznajomienie się praktykantów z organizacją, funkcjonowaniem i wyposażeniem ośrodków ćwiczeń korekcyjnych.

IV. 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

V. OBOWIĄZKI OPIEKUNA PRAKTYKI W PLACÓWCE LUB OŚRODKU

1. Ustalenie planu praktyk dla studenta.
2. Kontrola przestrzegania przez praktykanta obowiązującej w miejscu praktyki dyscypliny pracy i oraz przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz zasad wynikających z RODO.
3. Sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem planu praktyki oraz udzielanie fachowych rad i wskazówek.
4. Zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych.
5. Dokonanie końcowej oceny i charakterystyki praktykanta.

VI. OBOWIĄZKI PRAKTYKANTA

1. Najpóźniej w pierwszym dniu praktyki student powinien przedstawić się kierownictwu placówki.
2. Studenta obowiązuje przestrzeganie planu ustalonego przez opiekuna praktyk.
3. Student zobowiązany jest do aktywnego udziału we wszystkich formach i rodzajach pracy przewidzianej programem oraz do sumiennego wypełniania zadań.
4. Student zobowiązany jest do prowadzenia dziennika praktyk.
5. 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.**
6. 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.
7. 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:

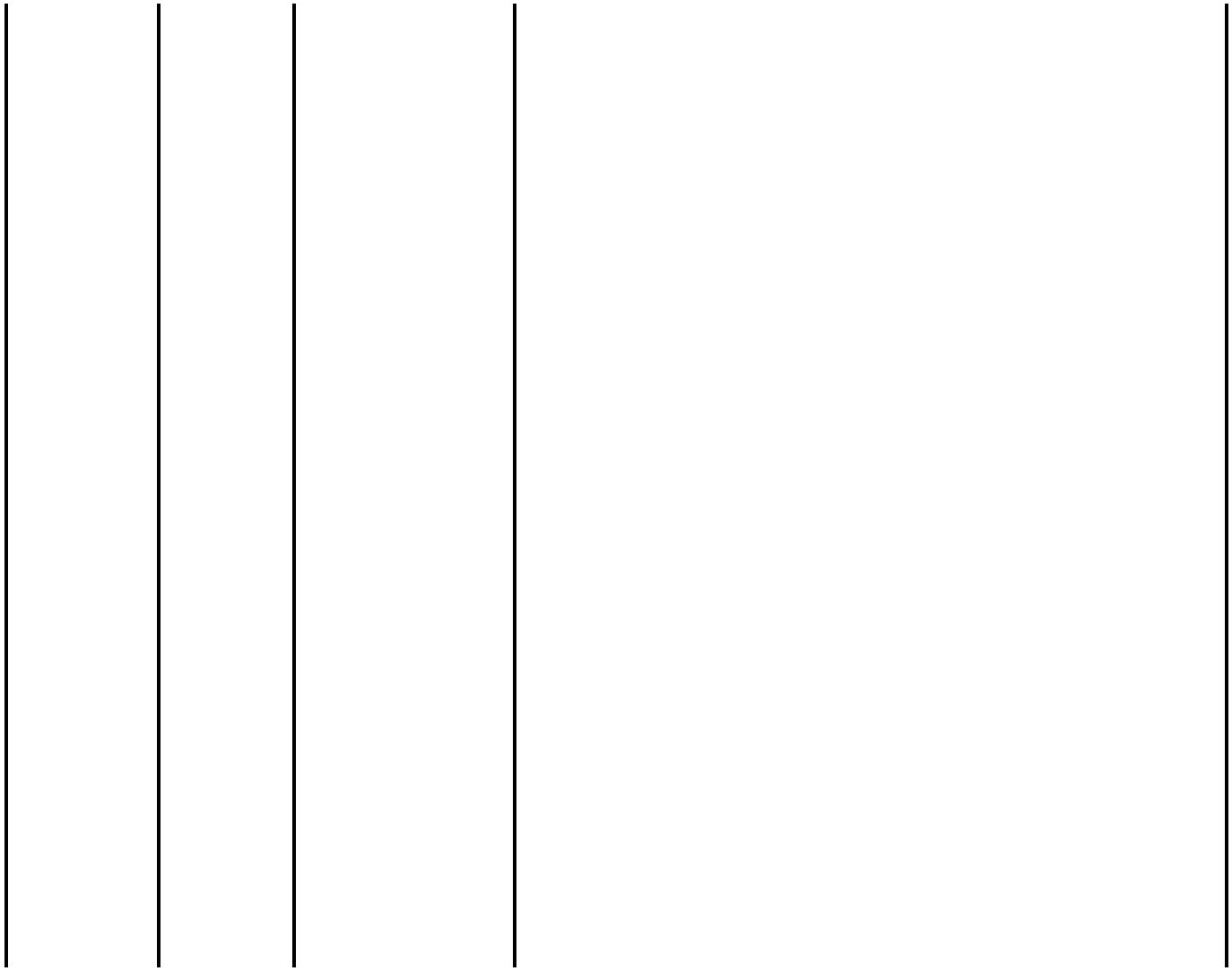
……

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

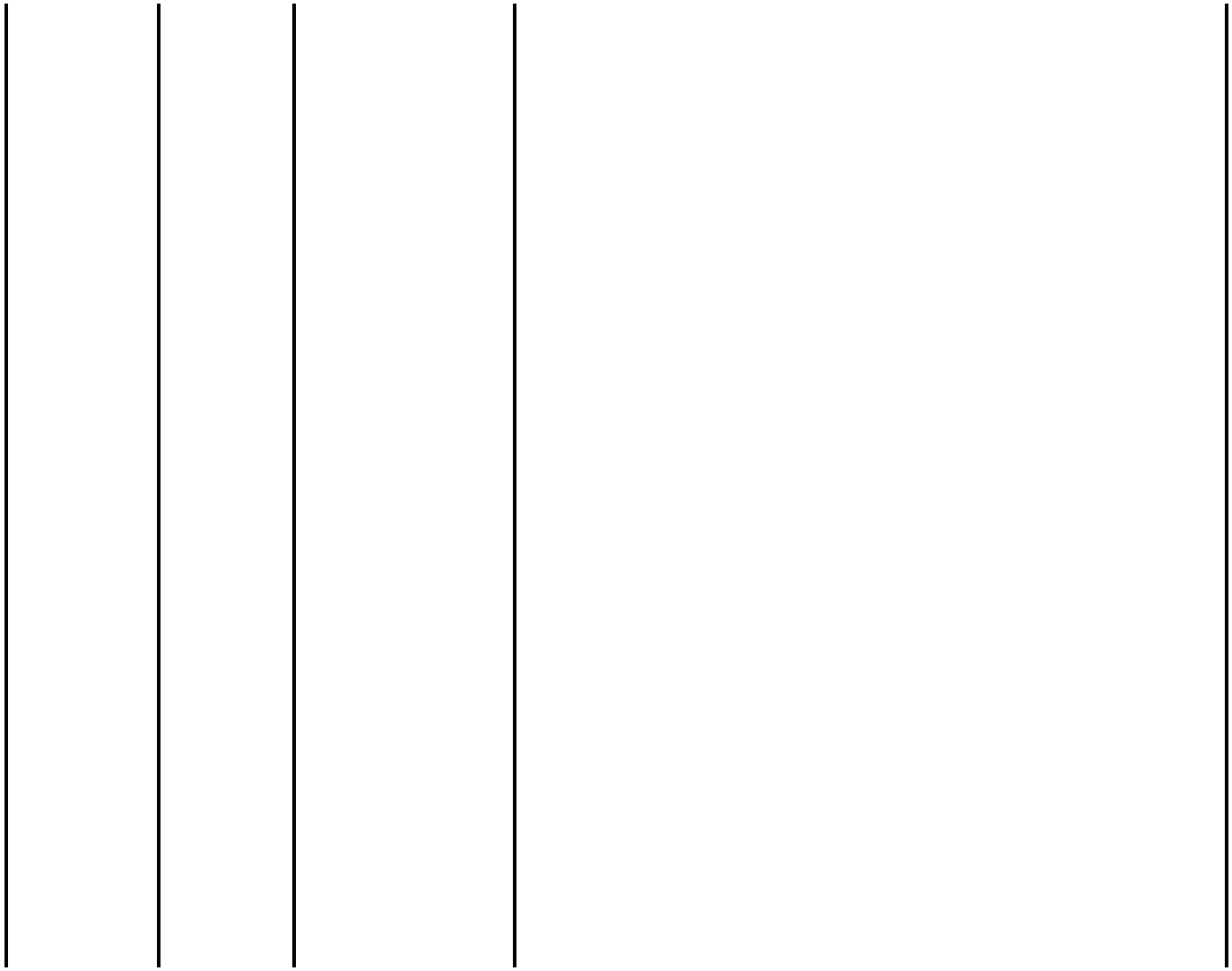
……

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

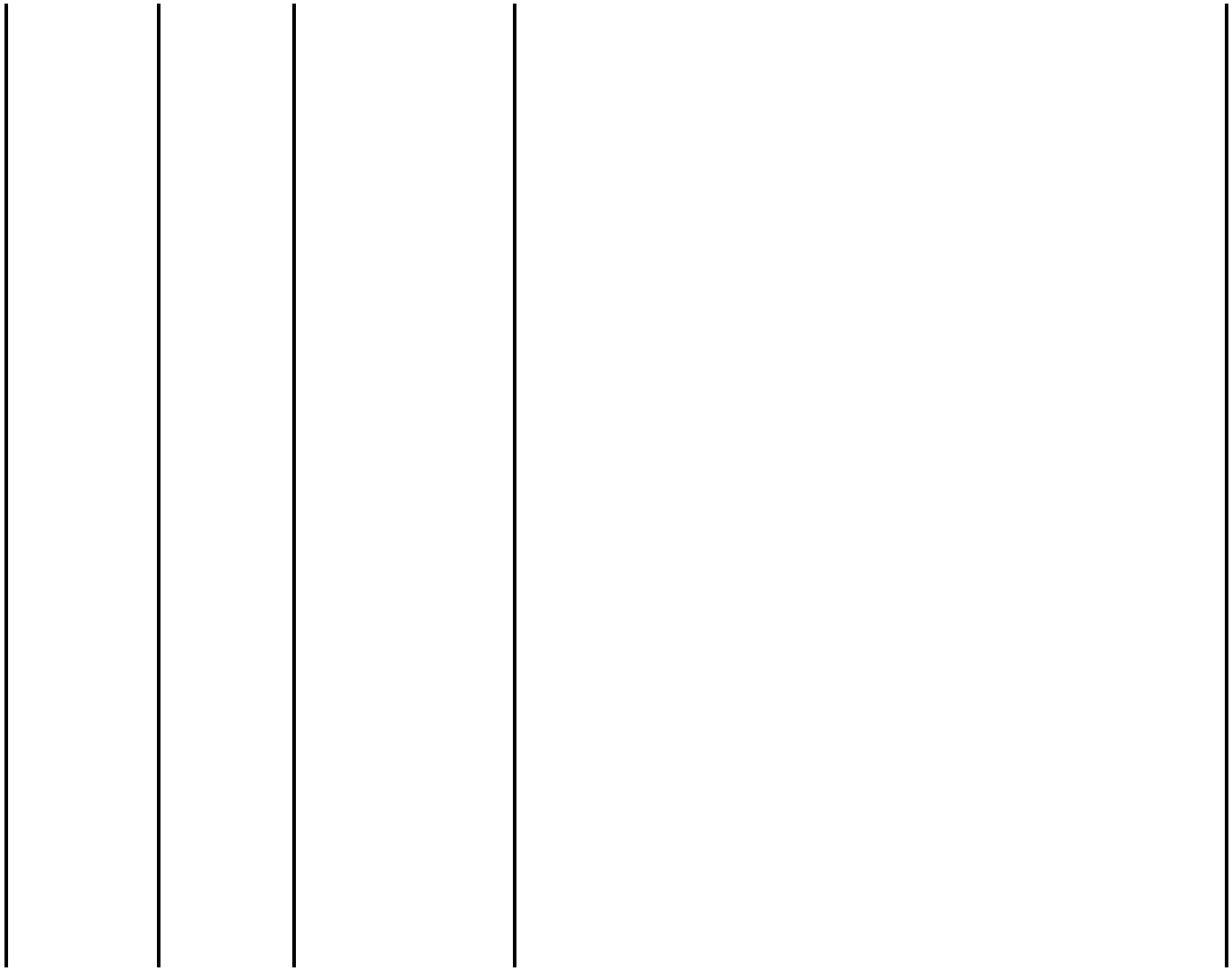
……

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

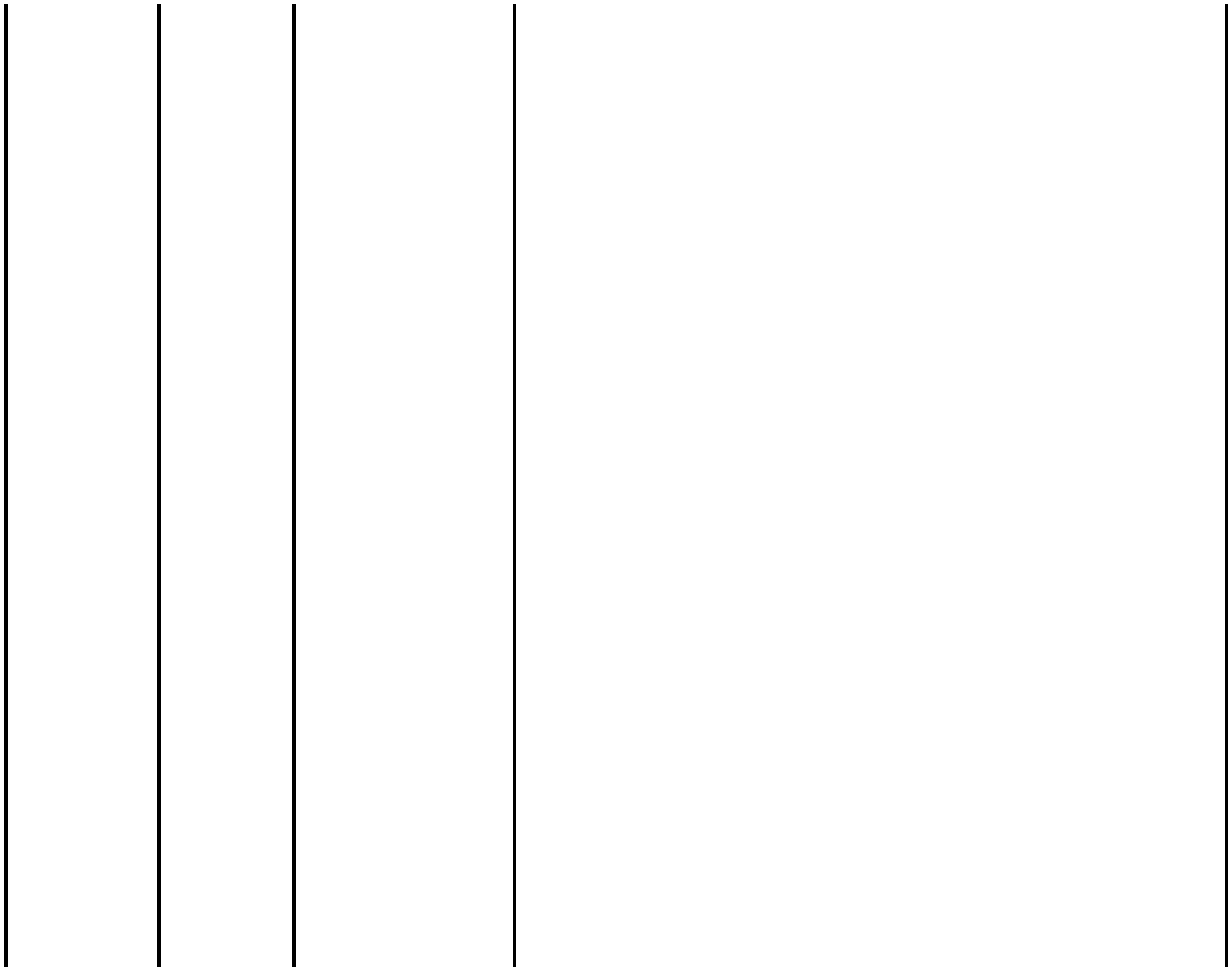
……

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

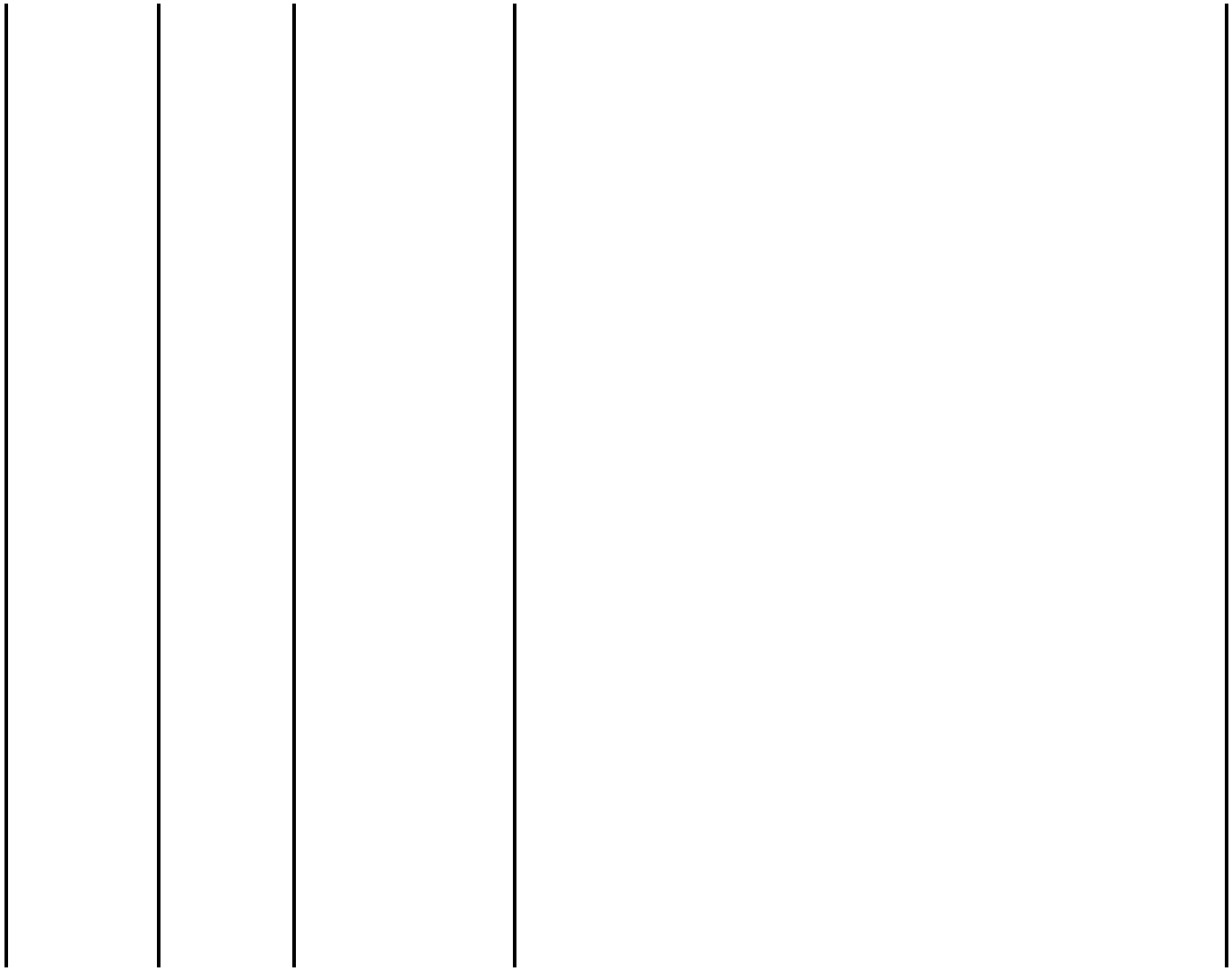
……

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

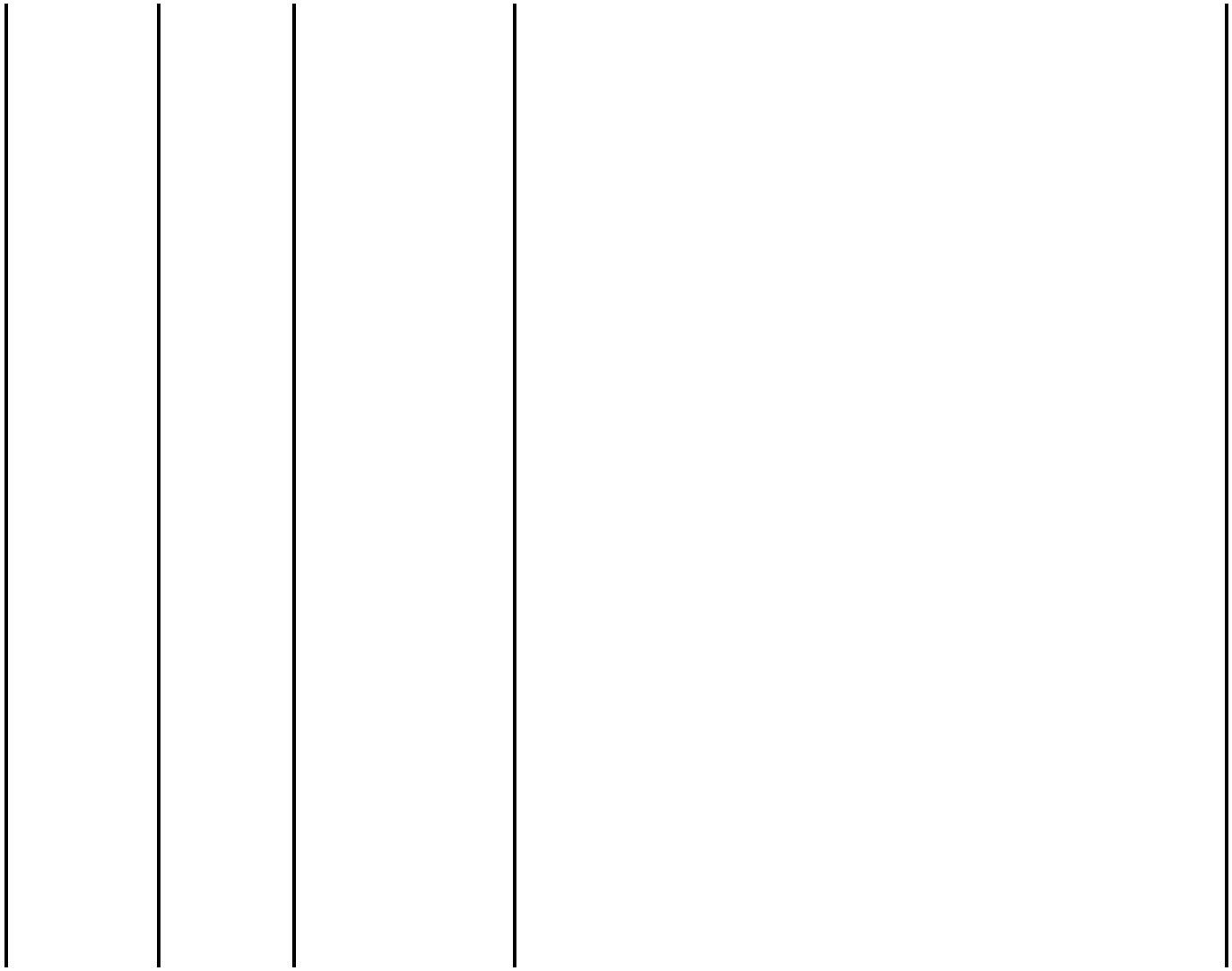
……

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

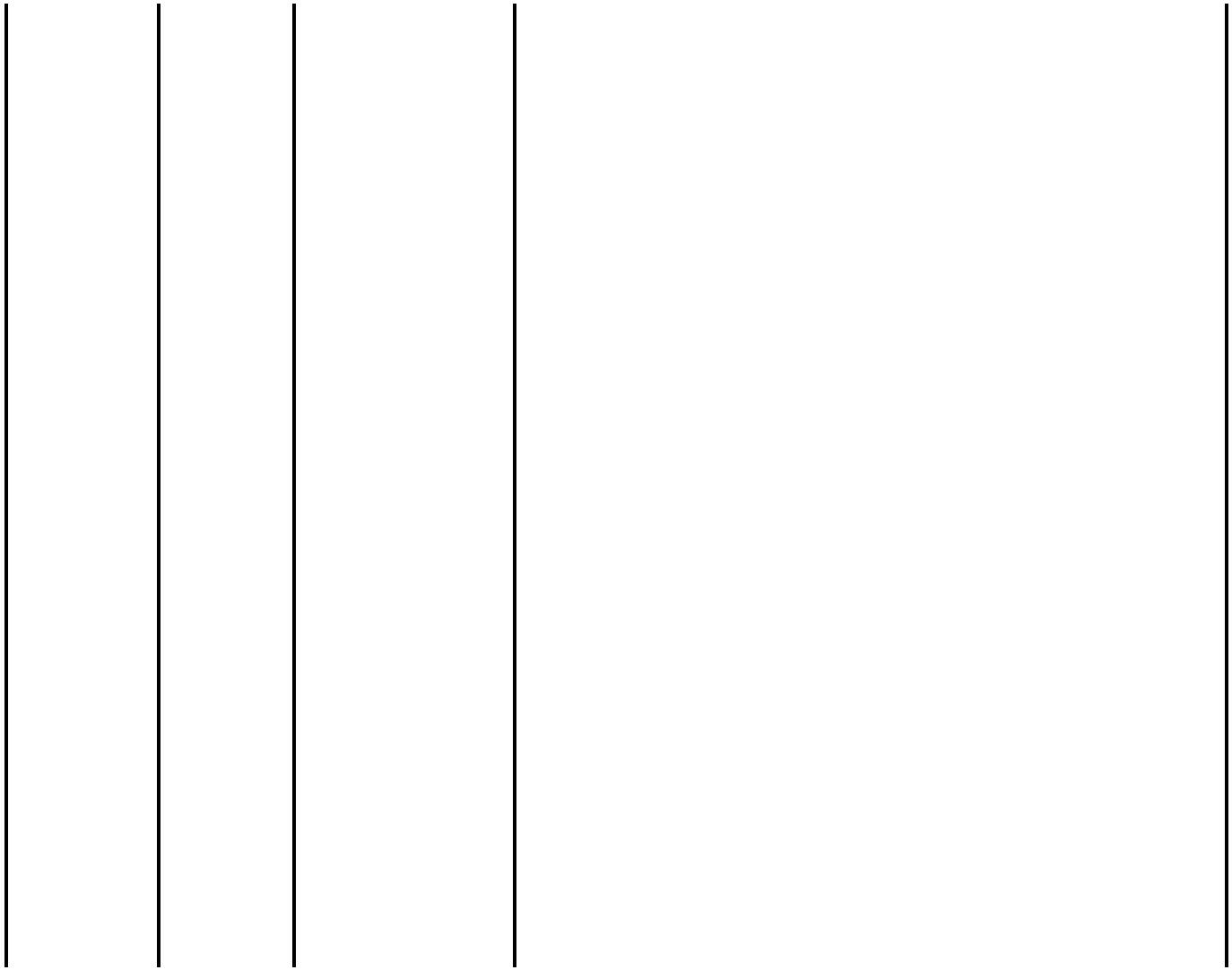
……

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.