

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**



GIMNASTYKA KOREKCYJNA

DZIENNIK PRAKTYK

**dla studentów stacjonarnych
kierunku wychowanie fizyczne**

Student:

..... **Email studenta:**

Numer albumu

Termin: od20.....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 – 26 godzin i w semestrze 6 - 34 godziny)

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.

III. CELE PRAKTYKI

1. Nabycie umiejętności w zakresie diagnozowania wad postawy, zaburzeń kontroli mięśniowej postawy ciała, dysharmonii rozwoju dziecka i klasyfikacji do grup dyspenseryjnych.
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. OBOWIĄZKI STUDENTA PRZED ROZPOCZĘCIEM PRAKTYKI

Student zobowiązany jest najpóźniej na 7 dni przed terminem rozpoczęcia praktyki dostarczyć wyznaczonemu opiekunowi z AWF Katowice, szczegółowy plan praktyk (*załącznik) zatwierdzony przez kierownictwo placówki. Plan można dostarczyć osobiście lub przesłać skan drogą mailową. Nie dostarczenie zatwierdzonego planu w terminie 7 dni przed rozpoczęciem praktyki, może skutkować niezaliczeniem praktyki, nawet jeżeli student ją odbył zgodnie z innymi zasadami. Procedura ma za zadanie umożliwić skuteczną kontrolę przebiegu praktyk studenckich, przez pracowników AWF.

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 - 10 godzin hospitacji oraz przeprowadzenia 16 lekcji gimnastyki korekcyjnej. W semestrze 6 - 18 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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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 od20....r. do20....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