**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**



WYDZIAŁ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Kierunek WYCHOWANIE FIZYCZNE

Studia II stopnia

**Specjalność: Funkcjonalny trening zdrowotny**

**osób w średnim i starszym wieku**

**DZIENNIK PRAKTYK**

**Imię i nazwisko studenta: …………………………………………………………………**

Numer indeksu ……………………………

Nazwa placówki ……………………………………………………………………………………………………………………

Adres placówki ……………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko opiekuna

praktyk z ramienia placówki …………………………………………………………………………………………………..

Nr tel. kontaktowego opiekuna

praktyk z ramienia placówki ……………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko opiekuna

praktyk z ramienia AWF ..............................................................................................................

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

Forma odbywania praktyki: bezpośrednia / hybrydowa / zdalna[[1]](#footnote-1)

………………………………………………………..

 (podpis studenta)

**INSTRUKCJA**

**programowej praktyki specjalistycznej w ramach specjalności Funkcjonalny trening zdrowotny osób w średnim i starszym wieku**

**(26 godzin)**

**dla studentów I roku Wychowania Fizycznego studiów II stopnia**

1. **TERMIN PRAKTYKI**

Praktykę zawodową na kierunku wychowanie fizyczne moduł Funkcjonalny trening zdrowotny osób w średnim i starszym wieku odbywają studenci studiów stacjonarnych II stopnia na II roku w semestrze 3. Praktyki w wymiarze 26 godzin należy odbyć w czasie trwania całego semestru zgodnie z organizacją roku akademickiego.

1. **MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI**

Praktykę można odbyć w jednej z wymienionych poniżej lub innych placówkach organizujących zajęcia ruchowe dla osób w średnim i/lub starszym wieku:

* centrum fitness,
* siłownia,
* pływalnia, aquapark,
* ośrodek sportowo-rekreacyjny,
* uniwersytet trzeciego wieku,
* klub seniora,
* sanatorium.
1. **CELE PRAKTYKI**
2. Zdobycie przez studentów doświadczeń praktycznych z zakresu organizowania zajęć ruchowych dla osób w średnim i starszym wieku.
3. Rozpoznanie zakresu i specyfiki działania placówki.
4. Zidentyfikowanie uwarunkowań prawnych i struktury organizacyjnej placówki,
5. Poznanie form współdziałania z innymi jednostkami,
6. **EFEKTY KSZTAŁCENIA UCZENIA SIĘ PRZEWIDZIANE DLA PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Efekty uczenia się |
|
| W zakresie **WIEDZY** student: |
| 1 | Posiada pogłębioną znajomość funkcjonowania organizmu w czasie wysiłku fizycznego oraz zmian adaptacyjnych pod wpływem treningu |
| 2 | Zna przebieg procesów inwolucyjnych człowieka, zna przyczyny i przebieg chorób osób w średnim i starszym wieku, w tym chorób cywilizacyjnych i zaburzeń psychicznych |
| W zakresie **UMIEJĘTNOŚCI** student: |
| 3 | Potrafi ukierunkować zajęcia ruchowe na indywidualne potrzeby dzieci, młodzieży i dorosłych, w tym obarczonych chorobą cywilizacyjną |
| 4 | Potrafi ocenić wpływ wieku i aktywności fizycznej na stan zdrowia w tym skład i budowę ciała.  |
| 5 | Potrafi zastosować właściwe metody oceny stanu zdrowia osób w średnim i starszym wieku. |
| W zakresie **KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH** student: |
| 6 | Jest przekonany o potrzebie motywowania uczestników zajęć do samorealizacji poprzez aktywny styl życia i zachowania prozdrowotne |
| 7 | Docenia rolę medycyny profilaktycznej i edukacji zdrowotnej w zapobieganiu chorobom i kształtowaniu odpowiedzialności za zdrowie. |

1. **OBOWIĄZKI OPIEKUNA PRAKTYKI Z RAMIENIA PLACÓWKI**
2. Ustalenie programu i planu zajęć praktykanta.
3. Kontrola przestrzegania przez praktykanta obowiązującej w placówce dyscypliny pracy oraz przepisów BHP.
4. Sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem programu oraz udzielanie fachowych rad i wskazówek.
5. Dbałość o zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych.
6. Dokonanie końcowej oceny pracy praktykanta i jej uzasadnienie.
7. **OBOWIĄZKI PRAKTYKANTA**
8. Do obowiązków studenta – praktykanta należy:
	1. zrealizowanie programu praktyki,
	2. przestrzeganie planu ustalonego przez opiekuna praktyk z ramienia placówki,
	3. przestrzeganie obowiązującej w placówce dyscypliny pracy, regulaminów wewnętrznych i przepisów BHP,
	4. aktywny udział we wszystkich formach i rodzajach pracy przewidzianej programem oraz sumienne wypełnianie zadań,
	5. prowadzenie dziennika praktyk.
9. Studenta obowiązuje obecność i punktualność w ustalonych z opiekunem z ramienia placówki dniach odbywania praktyki. Nieusprawiedliwiona nieobecność pociąga za sobą nie zaliczenie praktyki.
10. **SZCZEGÓŁOWY PROGRAM PRAKTYKI**
11. Zapoznanie się z organizacją i funkcjonowaniem placówki.
12. Zapoznanie się z ofertą realizowanych zajęć.
13. Hospitowanie zajęć ruchowych dla osób średnim i/lub starszym wieku.
14. Wykazanie się umiejętnością asystowania w zajęciach ruchowych oraz w czasie prac organizacyjnych.
15. Prowadzenia fragmentów lub całych zajęć ruchowych z osobami w średnim i/lub starszym wieku.
16. **ZALICZENIE PRAKTYKI**
17. Po zakończeniu praktyki student powinien przedłożyć w terminie 30 dni od zakończenia praktyki (jednak nie później niż 7 dni po zakończeniu zajęć dydaktycznych w danym semestrze) - opiekunowi z ramienia Uczelni dziennik praktyk zatwierdzony przez opiekuna praktyki. Dziennik praktyk powinien zawierać ocenę końcową praktyki i jej uzasadnienie szczególnym zwróceniem uwagi na przydatność do zawodu praktykanta oraz uwagi o przebiegu praktyki.
18. W dzienniku praktyk powinny być dokładnie opisane czynności wykonywane w ramach odbywanej praktyki w ilości 26 godzin (pismem komputerowym lub czytelnym odręcznym).

Zaliczenia praktyki dokonuje nauczyciel akademicki – opiekun z ramienia Uczelni wpisem do dzienniczka praktyk i systemu USOS w oparciu o analizę przedstawionej dokumentacji studenta. Przedstawienie dokumentacji niepełnej lub złożenie jej po terminie może skutkować brakiem uzyskania zaliczenia praktyki.

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

ZADANIA SZCZEGÓŁOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Dzień** **tygodnia** | **Godziny****pracy****(od – do)** | **Liczba** **godz.** **pracy** | **Opis wykonywanych czynności****(**rodzaj zajęć: hospitacja, asystowanie, prowadzenie) | **Uwagi**(obserwacje i wnioski studenta owykonywanej pracy) |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….

Podpis opiekuna praktyki

**Uwagi ogólne Praktykanta o przebiegu praktyki (wypełnia student):**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Data Podpis studenta

Proponowana ocena:

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

 (5, 4+, 4, 3+, 3, 2) (data)

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

Podpis opiekuna praktyki Pieczęć kierownika (właściciela)

 z ramienia placówki placówki

**Uzasadnienie oceny:**

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

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

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

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

Data złożenia dziennika praktyk

…………………………………

Ocena końcowa praktyki i podpis – wpisuje

Opiekun praktyki z ramienia AWF

Uwagi: .................................................................................................................

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

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 Funkcjonalny trening zdrowotny osób w średnim i starszym wieku– WF II stopień**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Efekty uczenia się | Czy student osiągnął efekt uczenia się? \* |
| TAK | NIE |
| W zakresie WIEDZY student: |
| 1 | Posiada pogłębioną znajomość funkcjonowania organizmu w czasie wysiłku fizycznego oraz zmian adaptacyjnych pod wpływem treningu |  |  |
| 2 | Zna przebieg procesów inwolucyjnych człowieka, zna przyczyny i przebieg chorób osób w średnim i starszym wieku, w tym chorób cywilizacyjnych i zaburzeń psychicznych |  |  |
| W zakresie UMIEJĘTNOŚCI student: |
| 3 | Potrafi ukierunkować zajęcia ruchowe na indywidualne potrzeby dzieci, młodzieży i dorosłych, w tym obarczonych chorobą cywilizacyjną |  |  |
|  | Potrafi ocenić wpływ wieku i aktywności fizycznej na stan zdrowia w tym skład i budowę ciała.  |  |  |
|  | Potrafi zastosować właściwe metody oceny stanu zdrowia osób w średnim i starszym wieku. |  |  |
| W zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH student: |
| 4 | Jest przekonany o potrzebie motywowania uczestników zajęć do samorealizacji poprzez aktywny styl życia i zachowania prozdrowotne |  |  |
| 5 | Docenia rolę medycyny profilaktycznej i edukacji zdrowotnej w zapobieganiu chorobom i kształtowaniu odpowiedzialności za zdrowie. |  |  |

\*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.

1. Proszę zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)