

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



**GIMNASTYKA KOREKCYJNA**

**DZIENNIK PRAKTYK**

**dla studentów studiów stacjonarnych kierunku wychowanie fizyczne  
realizujących praktykę w trybie zdalnym**

**Imię i nazwisko Studenta:**.....

**Email:** ..... **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 52 godziny (w semestrze 5 – 26 godzin i w semestrze 6 - 26 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.

### **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 **10 godzin hospitacji oraz przeprowadzenia 16 lekcji gimnastyki korekcyjnej** w każdym semestrze odbywania praktyki zawodowej (5 i 6).
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 W TRYBIE ZDALNYM 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 trybie zdalnym w poszczególnych dniach tygodnia (od-do): poniedziałek..... wtorek..... środa..... czwartek..... piątek..... sobota.....
Potwierdzenie planu praktyki przez kierownictwo placówki:

.....  
Nazwa placówki

---

## ZAPOZNANIE Z ORGANIZACJĄ PLACÓWKI

---

Tydzień od .....20...r. do .....20...r.

Dzień tygodnia	Godziny pracy (od – do)	Liczba godz. pracy	Forma kontaktu (skype, zoom, itp.)	Temat omówionego zagadnienia	Raport (szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

Podpis opiekuna

.....  
Nazwa placówki

---

## OPIS PRZYPADKU

---

Tydzień od .....20....r. do .....20....r.

Dzień tygodnia	Godziny pracy (od – do)	Liczba godz. pracy	Forma kontaktu (skype, zoom, itp.)	Charakterystyka dziecka (zawierająca elementy wskazane w instrukcji)



Podpis opiekuna



# ZESTAW ĆWICZEŃ nr 1

Waga postawy.....Wiek dziecka.....

GRUPA MIĘŚNIOWA	CEL ĆWICZENIA	OPIS ĆWICZENIA	DOZO- WANIE	UWAGI METODYCZNO- ORGANIZACYJNE

# ZESTAW ĆWICZEŃ nr 2

Waga postawy..... Wiek dziecka.....

<b>GRUPA MIĘŚNIOWA</b>	<b>CEL ĆWICZENIA</b>	<b>OPIS ĆWICZENIA</b>	<b>DOZO- WANIE</b>	<b>UWAGI METODYCZNO- ORGANIZACYJNE</b>

**Uwagi ogólne praktykanta o przebiegu praktyki**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis praktykanta

### **Zgoda praktykanta**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przygotowanych przeze mnie filmów instruktażowych przez *(imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia placówki)*.....

wyłącznie w celach dydaktycznych w placówce *(nazwa placówki)*:

.....

.....

Podpis praktykanta

## Opinia opiekuna praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ocena końcowa:** .....

.....

Podpis opiekuna

.....

.....

Pieczęć szkoły/placówki

Podpis i pieczęć dyrektora/kierownika

## Oświadczenie opiekuna praktyki

Oświadczam, iż przygotowane przez studenta (*imię i nazwisko*) .....  
filmy instruktażowe zostaną wykorzystane wyłącznie do celów dydaktycznych przeze mnie (*imię i nazwisko*  
*opiekuna praktyki*) ..... tylko w placówce odbywania praktyki  
(*nazwa placówki*) .....

.....

Podpis opiekuna praktyki