**WYWIAD DOTYCZĄCY PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

1. Imię i nazwisko oraz stopień naukowy Opiekuna URad.: …………………………………………………………………………………….

2. Miejsce hospitacji, nazwa i siedziba Szkoły/ Przedszkola/ Instytucji : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. Imię i nazwisko opiekuna szkolnego studenta, kwalifikacje: ……………………………………………………………………………

4. Data hospitacji: ………………………………………………………….

5. Rodzaj praktyki: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Dane hospitowanych studentów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Imię i nazwisko studentów* | *Rok studiów* | *Semestr studiów* |
| 1. …………………………………………………………..  2. …………………………………………………………..  3. ………………………………………………………….. | ……………….  ………………  ……………… | ……………………..  ………………………  ……………………… |

7. Notatka z rozmowy z Opiekunem praktyki /Instytucji (dot. dokumentacji i studentów):

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *podpis Opiekuna praktyk* |  | *podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły/Przedszkola/Instytucji* |  | *podpis Opiekuna URad.* |