**Zaświadczenie pracodawcy**

* 1. Praktyka ze specjalizacji *Kinezyprofilaktyka*

………………………………………

Pieczęć pracodawcy

……………………………………..

Miejscowość, data

**Zaświadczenie pracodawcy**

Przedstawiciel …………………………………………………………………………………………… zaświadcza, że Pan/i (Pełna nazwa pracodawcy)

…………………………………………………………………….. jest zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej w okresie………………………….. na stanowisku ……………………………………………………………….…………….. W ramach określonego stanowiska do obowiązków pracownika należy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Specyfika wykonywanej pracy pozwala osiągnąć zakładane efekty kształcenia, określone w szczegółowym programie praktyki zawodowej w obowiązującym na kierunku wychowanie fizyczne, a w szczególności:

1. w zakresie **umiejętności:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Umiejętności** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Potrafi hospitować, ocenić i wyciągnąć konstruktywne wnioski z obserwowanych zajęć. |  |  |
| 2 | Potrafi współdziałać z jednostką i grupą społeczną oraz współpracować z gronem pedagogicznym. |  |  |

1. w zakresie **kompetencji społecznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Kompetencje społeczne** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Student jest świadomy odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo uczniów. |  |  |
| 2 | Zachowuje właściwą postawę w relacjach nauczyciel- uczeń. |  |  |
| 3 | Ma świadomość poziomu swojej wiedzy i umiejętności konsultując swoje działania z opiekunem praktyk oraz nauczycielem akademickim. |  |  |

Liczba godzin zrealizowanych w ramach praktyki ………………………………………………………………………………………………………………………

Pracę wykonywaną przez Pana/Panią………………………………………………………………….. oceniam na ocenę: bardzo dobrą, dobrą, dostateczną, niedostateczną\*

\* (właściwe podkreślić)

………………………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentacji pracodawcy

* 1. Praktyka ze specjalizacji *Sport*: ………………………………………..

……………………………………

Pieczęć pracodawcy ……………………

Miejscowość, data

**Zaświadczenie pracodawcy**

Przedstawiciel …………………………………………………………………………………………… zaświadcza, że Pan/i (Pełna nazwa pracodawcy)

…………………………………………………………………….. jest zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej w okresie………………………….. na stanowisku ……………………………………………………………….…………….. W ramach określonego stanowiska do obowiązków pracownika należy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Specyfika wykonywanej pracy pozwala osiągnąć zakładane efekty kształcenia, określone w szczegółowym programie praktyki zawodowej w obowiązującym na kierunku wychowanie fizyczne, a w szczególności:

1. w zakresie **wiedzy**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wiedza** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Student posiada wiedzę nt. podstawowych metod, form i zasad pracy z danej dyscypliny sportu |  |  |
| 2 | Posiada wiedzę na temat wymogów pracy szkoleniowej z danej dyscypliny sportu związane etapem rozwoju |  |  |

1. w zakresie **umiejętności:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Umiejętności** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Potrafi samodzielnie zaplanować i przeprowadzić zajęcia szkoleniowe z danej dyscypliny sportu. |  |  |
| 2 | Potrafi prawidłowo wykonać technikę i stosować metodykę nauczania w różnych grupach wiekowych z danej dyscypliny sportu. |  |  |

1. w zakresie **kompetencji społecznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kompetencje społeczne** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Rozumie potrzebę stałego podnoszenie swojej wiedzy i umiejętności. |  |  |
| 2 | Zna zasady bezpieczeństwa ćwiczących podczas prowadzenia zajęć. |  |  |

Liczba godzin zrealizowanych w ramach praktyki ………………………………………………………………………………………………………………………

Pracę wykonywaną przez Pana/Panią…………………………………………………………… oceniam na ocenę: bardzo dobrą, dobrą, dostateczną, niedostateczną

\* (właściwe podkreślić)

………………………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentacji pracodawcy

* 1. Praktyka ze specjalizacji *Aktywność fizyczna osób starszych*

…………………………………………………….

Pieczęć pracodawcy

…………………………………..

Miejscowość, data

**Zaświadczenie pracodawcy**

Przedstawiciel …………………………………………………………………………………………… zaświadcza, że Pan/i (Pełna nazwa pracodawcy)

…………………………………………………………………….. jest zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej w okresie………………………….. na stanowisku ……………………………………………………………….…………….. W ramach określonego stanowiska do obowiązków pracownika należy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Specyfika wykonywanej pracy pozwala osiągnąć zakładane efekty kształcenia, określone w szczegółowym programie praktyki zawodowej w obowiązującym na kierunku wychowanie fizyczne, a w szczególności:

1. w zakresie **wiedzy**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wiedza** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Student zna główne charakterystyk programu aktywności fizycznej osób w starszym wieku wg zaleceń WHO |  |  |

1. w zakresie **umiejętności:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Umiejętności** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Potrafi zaplanować i omówić ćwiczenia fizyczne odpowiednie dla osób starszych w zależności od ich możliwości fizycznych i stanu zdrowia |  |  |
| 2 | Potrafi przygotować i bezpiecznie przeprowadzić zajęcia ruchowe odpowiednie dla osób w starszych w zależności od ich możliwości fizycznych i stanu zdrowia. |  |  |

1. w zakresie **kompetencji społecznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kompetencje społeczne** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Student swoją postawą potrafi motywować do wdrażania w życie postaw prozdrowotnych |  |  |

Liczba godzin zrealizowanych w ramach praktyki ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pracę wykonywaną przez Pana/Panią………………………………………………………………….. oceniam na ocenę: bardzo dobrą, dobrą, dostateczną, niedostateczną\*

\* (właściwe podkreślić)

………………………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentacji pracodawcy

* 1. Praktyka ze specjalizacji *Aktywność fizyczna osób niepełnosprawnych*

…………………………………………………….

Pieczęć pracodawcy

……………………………..

Miejscowość, data

**Zaświadczenie pracodawcy**

Przedstawiciel …………………………………………………………………………………………… zaświadcza, że Pan/i (Pełna nazwa pracodawcy)

…………………………………………………………………….. jest zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej w okresie………………………….. na stanowisku ……………………………………………………………….…………….. W ramach określonego stanowiska do obowiązków pracownika należy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Specyfika wykonywanej pracy pozwala osiągnąć zakładane efekty kształcenia, określone w szczegółowym programie praktyki zawodowej w obowiązującym na kierunku wychowanie fizyczne, a w szczególności:

1. w zakresie **wiedzy**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wiedza** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Zna objawy i etiologię zaburzeń i nieprawidłowości rozwojowych dzieci z dysfunkcją wzroku, słuchu, niepełnosprawnością intelektualną oraz zna metody postępowania korekcyjnego w wypadku wyżej wymienionych  dysfunkcji |  |  |

1. w zakresie **umiejętności:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Umiejętności** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Potrafi identyfikować problemy organizacyjne i metodyczne związane z prowadzeniem zajęć rekreacji ruchowej z osobami niepełnosprawnymi |  |  |
| 2 | Umie organizować, kierować i zrealizować zajęcia gimnastyki korekcyjnej dobierając odpowiednie metody, formy i środki dydaktyczne oraz dostosowując je do specyficznych potrzeb osób z różnymi dysfunkcjami |  |  |

1. w zakresie **kompetencji społecznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kompetencje społeczne** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Jest zorientowany na zagadnienia związane z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym podczas podejmowania aktywności fizycznej |  |  |

Liczba godzin zrealizowanych w ramach praktyki ………………………………………………………………………………………………………………………

Pracę wykonywaną przez Pana/Panią………………………………………………………………….. oceniam na ocenę: bardzo dobrą, dobrą, dostateczną, niedostateczną\*

\* (właściwe podkreślić)

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentacji pracodawcy