ZESPÓŁ SZKÓŁ ELEKTRYCZNYCH
im. Tadeusza Kościuszki w Opolu

Adres szkoły:

45 – 062 Opole
ul. T. Kościuszki 39-41 tel/fax (0-77) 454 45 24
www.elektryk.opole.pl

Szkoły na podbudowie gimnazjum

PUBLICZNE TECHNIKUM NR 5
zawody: - technik elektronik
- technik elektryk
- technik mechatronik
- technik informatyk
- technik teleinformatyk

PUBLICZNA SZKOŁA ZAWODOWA NR 3
zawody: - elektromechanik
- monter elektronik
- elektryk

KURSY KWALIFIKACYJNE

Uczestnikami kursu mogą być osoby zainteresowane zdobyciem dodatkowej kwalifikacji zawodowej – absolwenci liceum, technikum oraz zasadniczej szkoły zawodowej (jeśli ma 18 lat), a także osoby czynne zawodowo, bądź pozostające bez pracy, które z uwagi na potrzeby rynku pracy i pracodawców chcą się przekwalifikować.

Pełne informacje na stronie: www.elektryk.opole.pl – zakładka KURSY KWALIFIKACYJNE

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Dziennik praktyki zawodowej opracowany przez mgr Lidię Gargul
Korekta: mgr Władysław Opoka, mgr Joachim Strzałka, mgr Leszek Kamiński

ZESPÓŁ SZKÓŁ ELEKTRYCZNYCH
im. Tadeusza Kościuszki
w Opolu

Dziennik praktyki zawodowej

UWAGI I NOTATKI UCZNIA

ZESPÓŁ SZKÓŁ ELEKTRYCZNYCH
im. Tadeusza Kościuszki
W OPOLU

ul. T. Kościuszki 39-41
45-062 Opole
tel./fax (077) 454 45 24

Imię i Nazwisko ucznia _____

Szkoła_____

Klasa _____zawód_____

Rok szkolny _____

Czas trwania praktyki: od _____ do _____ tj. _____dni roboczych

Praktyka odbywana na podstawie umowy z zakładem pracy z dnia _____

Potwierdzenie zdolności do odbycia praktyki: _____
(Pieczątka i podpis
Szkolnego Specjalisty ds. BHP)

Szkolny Koordynator Praktyk _____
(pieczątka, podpis)

Dane zakładu pracy

(pieczęć adresowa zakładu)

Imię i Nazwisko opiekunów

1. _____ tel. _____

2. _____ tel. _____

3. _____ tel. _____

Krótki opis przedsiębiorstwa przez ucznia (forma prawna, własność, przedmiot działalności, branża (EKD, PKD), liczba oddziałów, siedziba, teren działania itd.)

Uwagi i notatki ucznia

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ SZKOŁĘ

Ocena_____

Imię i Nazwisko nauczyciela zaliczającego

praktykę _____

Podpis _____

Data_____

Prawa i obowiazki ucznia odbywającego praktyka zawodową

1. Praktyka zawodowa dla uczniów organizowana jest przez Szkołę. Uczeń może sam zaproponować zakład pracy, w którym chce odbyć praktykę, pod warunkiem, że Szkoła zaakceptuje ten zakład.
2. Uczeń przed rozpoczęciem praktyki powinien poddać się badaniom lekarskim określającym zdolność do odbycia praktyki zawodowej.
3. Przed rozpoczęciem praktyki uczeń ma obowiązek zapoznać się z przepisami BHP i p.poż. oraz zobowiązać się na piśmie do ich przestrzegania.
4. Zakład pracy powinien wyznaczyć uczniowi spośród doświadczonych pracowników zakładu – posiadającego kwalifikacje pedagogiczne opiekuna praktyki.
5. Uczeń w czasie praktyki podlega przepisom Kodeksu Pracy.
6. Uczeń ma obowiązek przestrzegania godzin pracy, dyscypliny pracy, dostosować się do przepisów wewnętrznych zakładu pracy oraz wykonywać polecenia opiekuna praktyki.
7. Dobowy wymiar czasu pracy ucznia nie może przekroczyć 8 godzin zegarowych. Praca może być zorganizowana w trybie zmianowym, z tym że nie może przypadać w porze nocnej. Uczniowi przysługuje 15-minutowa przerwa w pracy na spożycie posiłku.
8. Uczeń realizuje praktykę według programu praktyki, odpowiedniego dla danego zawodu.
9. Nieobecność na praktyce musi być usprawiedliwiona. Usprawiedliwienia inne niż lekarskie lub urzędowe muszą zostać zaakceptowane przez Szkolnego Koordynatora Praktyk. Określi on też sposób i konieczność odpracowania nieobecności na praktyce.
10. Zakład pracy zapewnia uczniowi – jeśli to z wynika z zakresy wykonywanych podczas praktyki czynności – odzież ochronną.
11. Uczeń zobowiązany jest do systematycznego i rzetelnego prowadzenia dzienniczka praktyki zawodowej. Po każdym dniu powinien wypełnić kartę dnia praktyki i uzyskać podpis opiekuna praktyki.
12. Zaliczenie praktyki powinno być potwierdzone w dzienniczku praktyki zawodowej. Opiekun praktyki powinien wystawić uczniowi opinię, która będzie stanowić podstawę oceny wystawionej przez nauczyciela w Szkole.

Bezpieczeństwo i higiena pracy – szkolenie ogólne

(tematyka i liczba godzin)

Data i podpis prowadzącego szkolenie Data i podpis szkolonego ucznia

Bezpieczeństwo i higiena pracy - szkolenie stanowiskowe

(tematyka i liczba godzin)

Data i podpis prowadzącego szkolenie Data i podpis szkolonego ucznia

PODSUMOWANIE PRAKTYKI PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Data zakończenia praktyki_____

Podpis opiekuna potwierdzający rozliczenie się z zakładem

_____

Podpis opiekuna potwierdzający wydanie uczniowi zaświadczenia wraz z opinią o odbyciu praktyki zawodowej _____

Opinia o przebiegu i stopniu realizacji planu praktyki (dyscyplina, samodzielność pracy, jakość wykonanej pracy, przestrzeganie przepisów BHP i p. poż. oraz wewnątrz zakładowych norm):

Proponowana przez opiekuna ocena:_____

Data i podpis opiekuna praktyki:_____

UWAGI SZKOLNEGO KOORDYNATORA PRAKTYKI

Szkolenia dodatkowe

(tematyka i liczba godzin)

Data i podpis prowadzącego szkolenie

Data i podpis szkolonego ucznia

Program Praktyki Zawodowej

Lp.	Dział (tematyka praktyki)	Liczba godzin

Data i podpis opiekuna praktyki_____

KARTA DNIA PRAKTYKI

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna___

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

KARTA DNIA PRAKTYKI

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____

Data: _____ Dzień ___ praktyki

Zwięzły opis przebiegu praktyki w danym dniu (załączyć ewentualne schematy i rysunki):

Imię i nazwisko, podpis opiekuna_____