Hallgató neve…………..……............

**TT17NA00A05 20…./20…. tanév V. félév**

**Az inklúzió gyakorlata**

Iskola/intézmény:……………………………………………………Osztály/csoport………………..….

A gyakorlatvezető tanító neve:…………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| **A gyakorlat időpontja:**  |
| **Bevonódási szempontok** | **Értékelés** | **A jellemzők X jellel jelölendők** |
| **Kapcsolatteremtés a gyermekekkel** | Könnyen teremtett kapcsolatot |  |
| A kapcsolatteremtés nehézséget okozott |  |
| **Tevékenysége****szabadidőben****/ óraközi szünet, napközi/** | *Kötetlen játék* | Könnyen bevonta a tanulókat |  |
| Nehézséget okozott |  |
| *Életkori jellemzők figyelembe vétele* | Figyelembe vette |  |
| Nehézséget okozott |  |
| *Együttműködése a gyermekekkel* | Együttműködő |  |
| Nehézkes |  |
| **Differenciáló tevékenység/ órai támogatás, készségtárgyakon/** | *A sajátos nevelési igényű tanulókkal* | Elfogadó, segítő |  |
| Nehézséget jelent |  |
| **Önelemzés, önértékelés** | Képes volt a napi tevékenységét reálisan értékelni |  |
| Az önértékeléshez segítséget igényelt |  |
|  Az önértékelés nehézséget okozott |  |
| **A gyakorlatvezető tanító aláírása + P.h:** |

|  |
| --- |
| **Az inkluzív gyakorlat****minősítése** |
| kiválóan megfelelt,megfelelt,nem felelt meg | ………………………………minősítés  | …………………………………oktató aláírása………………………………..dátum |