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 |