Hallgató neve…………..……............

**TT17NA00A05 20. ../20.... tanév IV. félév**

**Az inklúzió gyakorlata**

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

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

|  |
| --- |
| **A gyakorlat időpontja:** |
| **Szempontok** | **Értékelés** | **A jellemzők X jellel jelölendők** |
| **Tervezőmunka**  | átgondolt, igényes |  |
| elfogadható |  |
| hiányos |  |
| **A tevékenység irányítása** | *Feltételek megteremtése* | Megteremtette |  |
| Nehézséget okozott |  |
| *Életkori jellemzők figyelembe vétele* | Figyelembe vette |  |
| Nehézséget okozott |  |
| *Kapcsolatteremtés a gyerekekkel* | Könnyen teremtett kapcsolatot |  |
| A kapcsolatteremtés nehézséget okozott |  |
| *A tervezett tevékenység megvalósítása* | A terv maradéktalanul megvalósult |  |
| A terv részben valósult meg |  |
| A terv nem valósult meg |  |
| **Önelemzés, önértékelés** | Képes volt tevékenységét reálisan értékelni |  |
| Az önértékeléshez segítséget igényelt |  |
|  Az önértékelés nehézséget okozott |  |
| **A gyakorlatvezető tanító aláírása:** |

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