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 |