**DZIENNIK ZAJĘĆ**

Dziennik zajęć realizowanych w ramach projektu pn.: „**Rozwijamy umiejętności, potęgujemy zdolności,**

# dodajemy pewności”

### współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Osi priorytetowej X „Edukacja dla rozwoju regionu”

Działania 10.1 „Kształcenie i rozwój dzieci i młodzieży”

Poddziałania 10.1.1„Edukacja ogólna (w tym w szkołach zawodowych)”

**Rok szkolny 2018/2019**

### **Nazwa i adres szkoły**:………….....................................................................………................…

**Rodzaj zajęć:** ……………………………..………………...............................……………........

**Liczba godzin w roku szkolnym:** ….....…..……

**Nauczyciel prowadzący zajęcia:** .............................................................................................

**HARMONOGRAM ZAJĘĆ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data realizacji zajęć****w ramach Projektu** | **Godziny realizacji zajęć** | **Liczba godzin zajęć****(45 minut / 60 minut)** | **Miejsce realizacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Należy dodać kolejne wiersze wg potrzeby.*

*………………………………………………..…………* podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia

*…………………………………………………………* podpis Koordynatora Szkolnego

*………………………………….………………………* podpis Dyrektora szkoły

# Opis programu zajęć

## (cele, zadania, treści)

*………………………………………………..…………* podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia

## Lista obecności na zajęciach realizowanych w ramach projektu

**pn.:** „**Rozwijamy umiejętności, potęgujemy zdolności, dodajemy pewności”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DATA** |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko ucznia/ uczennicy** | **Kl.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Należy dodać kolejne wiersze wg potrzeby.*

**Uwaga:** *Uczestnictwo ucznia/uczennicy w zajęciach potwierdza się znakiem X.*

**Tematyka zajęć**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników** | **Temat zajęć (treść)** | **Podpis nauczyciela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Należy dodać kolejne wiersze wg potrzeby.*

*………………………………………………..…………* podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia

**Rozliczenie realizacji zajęć:**

*………………………………….………………………* podpis Dyrektora szkoły

*………………………………………………..…………* podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba godz. zrealizowanych** | **Liczba godz. niezrealizowanych z powodu****niezdolności nauczyciela do pracy** | **Podpis prowadzącego** |
| **Okres X- XII 2018r.** |
|  |  |  |
| **Okres I - VI 2019r.** |
|  |  |  |
| **Razem w roku szkolnym 2018/2019:** |
|  |  |  |

*…………………………………………………………* podpis Koordynatora Szkolnego

*………………………………….………………………* podpis Dyrektora szkoły



**EWALUACJA**

*(ocena przydatności i skuteczności przeprowadzonych zajęć w odniesieniu do założonych celów)*

### Podpis prowadzącego zajęcia ……………………………

**HOSPITACJE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Temat zajęć | Imię i nazwisko, tytuł służbowy hospitującego / wizytującego | Podpis |
|  |  |  |  |  |

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020