|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **EVET** | **HAYIR** |
|  | Uygulama sınıfına zamanında gelindi. |  |  |
|  | Hazırlanan planla ilgili, uygulama öncesi, öğretmen ile görüşülerek, etkinlikler hakkında bilgi verildi. |  |  |
|  | Uygulama günü hazırlanan plan ile sınıfa gelindi. |  |  |
|  | Etkinlik öncesi ve sonrasında sınıfın fiziki ortamında gerekli düzenlemeler yapıldı. |  |  |
|  | Hazırlanan etkinlikler uygulama sınıfı çocuklarının gelişim düzeyine uygun olarak hazırlandı. |  |  |
|  | Etkinliklere ilişkin materyal hazırlıkları yapılarak uygulamaya gelindi. |  |  |
|  | Etkinlik materyalleri amacına uygun ve ilgi çekici hazırlandı. |  |  |
|  | Uygulama günü öğrenci sınıfta etkin rol alarak çocuklara ve sınıf öğretmenine karşı ilgili tutum gösterdi. |  |  |
|  | Gün sonunda öğrencinin genel performansına yönelik görüşlerinizi yazınız. | | |

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**ÇOCUK GELİŞİMİ PROGRAMI OKUL ÖNCESİ KURUMLARINDA UYGULAMA DERSİ**

**KURUM ÖĞRETMENİ DEĞERLENDİRME FORMU**

**Sayın kurum öğretmeni,**

Bu kontrol çizelgesinin amacı; uygulama öğrencisinin haftalık performansını değerlendirmektir. Dönem sonunda öğrencilerin değerlendirme notları bu çizelgelerdeki performansları göz önüne alınarak yapılacaktır. Bu sebeple sizlerden kontrol çizelgesini öğrencilerimizin uygulamaya geldiği her hafta, gün sonunda doldurarak imzalamanızı rica ediyoruz.

***Çocuk Gelişimi Programı***

***Uygulama Koordinatörleri***

**Tarih:**

**Uygulama Okulunun Adı:**

**Kurum Öğretmeninin Ad-Soyadı:**

**Uygulama Öğrencisinin Ad-Soyadı:**

***Uygulama Danışmanı İmzası Kurum Öğretmeni İmzası***