

**ÖZEL ÖĞRETİM KURUMLARINDA ADAYLIĞI KALDIRILAN ÖĞRETMENLERİN
ÇALIŞMA PROGRAMI (..... hafta)**

.../.../20... – .../.../20...

Öğretmenin	Adı Soyadı	
	T.C. Kimlik Numarası	
	Branşı	
	Okul/Kurum/İl/İlçe	

Çalışma Yapılan Okul/Kurum/İl/İlçe					
Çalışma Yapılan Alan		Okul İçi Gözlem/ Uygulama	Okul Dışı Faaliyetler	Mesleki Çalışma	Hizmetiçi Eğitim
Günler	Çalışma Süresi (Saat)	Çalışma Yapılan Alan ve Yapılan Çalışmalar			
Pazartesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salı					
Çarşamba					
Perşembe					
Cuma					
Diğer faaliyetler: (Varsa eğitimle ilgili izlenen film, okunan kitaplar ve diğer soysal etkinlikler) Film İzleme/ Kitap okuma formu eklenecektir.					

**Haftalık Genel
Değerlendirme**

(Öğretmen, bu
kısmında bu hafta
içinde
gerçekleştirdiği
faaliyetlerin bir
öğretmen olarak
kişisel ve mesleki
gelişimine nasıl
katkıda bulunduğunu
değerlendirecektir)

Öğretmen

.../.../20...

Adı Soyadı:

İmza:

Okul Müdürü

.../.../20...

Adı Soyadı:

İmza: