……………………………………………………………………….

Nazwa i adres placówki oświatowej/ pieczęć

OZ.0443.20.2024

Załącznik nr 5

Sprawozdanie szkolnego koordynatora programu **Znamię! Znam je?** za rok szkolny 2023/ 2024

1. Liczba klas łącznie: …………………., w tym:
	1. klasy I: ……………….
	2. klasy II: ………………
	3. inne/jakie ? ………………..
2. Liczba uczniów łącznie: …………………., w tym:
	1. uczniów klas I: …………..
	2. uczniów klas II: ………….
	3. uczniowie innych klas/jakich? …………………..
3. Liczba innych odbiorców/jakich?
	1. rodzice: …………..
	2. nauczyciele: …………..
	3. inni/kto?: …………..
4. Realizator programu w szkole/kto?/ile osób?
	1. nauczyciel biologii: …………..
	2. nauczyciel wychowania do życia w rodzinie: …………..
	3. nauczyciel wychowania fizycznego: …………..
	4. pielęgniarka szkolna: …………..
	5. inny nauczyciel/jaki: …………..
5. Partnerzy /zakres współpracy na poziomie szkolnym:

……………………………………/……………………………………………………………………….

……………………………………/……………………………………………………………………….

……………………………………/……………………………………………………………………….

1. Ocena programu *(skala: 4 – ocena najwyższa, 1 – ocena najniższa, proszę wpisać ocenę)*
	1. Odbiór programu przez uczniów ……………
	2. Ocena programu przez prowadzącego ……………
	3. Ocena realizacji zakładanych celów ……………
2. Zainteresowanie placówki kontynuacją w następnym roku szkolnym:
	1. placówka zainteresowana: …………
	2. placówka niezainteresowana: ………..
3. Wnioski/uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dodatkowe informacje o własnych działaniach tematycznych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Temat/ tytuł działania | Formy realizacji działania (rysunki, prace plastyczne, tematyczna wycieczka/ spotkanie, apel, wystawa prac, ścienna gazetka informacyjna, film, ulotki, informacje zamieszczone na stronie internetowej, pogadanka/ dyskusja/ rozmowy.  | Adresaci działań | Liczba odbiorców | Funkcjarealizatora działań (np. nauczyciel przedmiotu, pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania, pedagog, psycholog ...) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Opracował/a:** .......……………..................................

………………………………………… ……………………………………

 *Data, miejscowość Podpis i pieczęć Dyrektora*

Prosimy o przekazanie wypełnionego druku do:

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Garwolinie

Pocztą na adres: ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 13, 08-400 Garwolin

E-mailem na adres: sekretariat.psse.garwolin@sanepid.gov.pl w terminie do: **14 czerwca 2024 r.**