****

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI
PROGRAMU EDUAKCYJNEGO
***„PODSTĘPNE WZW”***
dla **koordynatora szkolnego**

1. **Nazwa i adres placówki:** .........................................................................................................................................
2. **Liczba uczniów uczestniczących w programie:** ………………………………………………………....
3. **Czy rodzice brali udział w działaniach realizowanych w ramach programu?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tak** *(Jakich? Proszę wymienić działania)* |  |
| **Nie** |  |

*(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „****X)***

1. **Ocena programu:**

*(skala: 1 – ocena najniższa, 6 – ocena najwyższa)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu |  |  |  |  |  |  |
| Odbiór programu przez uczniów |  |  |  |  |  |  |
| Materiały edukacyjne |  |  |  |  |  |  |

1. **Czy program będzie kontynuowany w Państwa szkole?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Liczba placówek*** |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Nie wiem** |  |

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu (propozycje zmian):**

.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................
.........................................................................................................................................

..........................................

Imię i nazwisko koordynatora

*Druk bardzo proszę odesłać* ***do 13 czerwca 2023 r*** *na adres:*

mailem: **natalia.stochel@sanepid.gov.pl**