**Informacja z realizacji programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej dla IV klas szkoły podstawowej pt. „Bieg po zdrowie”**

**Szanowni Państwo,**

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza, dotyczącego przebiegu ww. programu w Państwa szkole.

W przypadku pytań zamkniętych prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi **„X”** w miejsce  W przypadku pytań otwartych w miejsce kropek **............** prosimy wpisać własną odpowiedź.

Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

**Główny Inspektorat Sanitarny**

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

1. ***INFORMACJE OGÓLNE***

Miejsce i czas realizacji programu:

Nazwa i adres szkoły:

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

Program był realizowany w terminie:

od: / / do: / /

rrrr/ mm/ dd rrrr/ mm/ dd

**W jaki sposób szkolny koordynator został przygotowany do realizacji programu?**

* uczestniczył w szkoleniu zorganizowanym przez PSSE
* Został przygotowany indywidualnie przez koordynatora z PSSE
* inny sposób (jaki?): ………………………………..............................................

……………………………..…………………………………………...

* koordynator nie uczestniczył w szkoleniu i nie otrzymał instruktażu

1. ***RODZICE***

**Czy przeprowadzono dwa spotkania informacyjne z rodzicami zgodnie z założeniami programu?**

* tak, przeprowadzono spotkanie przed programem oraz po zakończeniu programu
* nie, zorganizowano spotkanie wyłącznie przed programem (dlaczego?)

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

* nie, zorganizowano spotkanie wyłącznie po programie (dlaczego?)

……………………………………………………….………………………………………………..…………………………………………………………..

* nie zorganizowano żadnego spotkania z rodzicami (dlaczego?)

……………………………………………………….………………………………………………..…………………………………………………………..

**Liczba rodziców/ opiekunów ogółem uczestniczących w programie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Czy rodzice byli aktywnymi uczestnikami programu?**

* tak
* nie

……………………………………………………………………………………………

1. ***UCZNIOWIE***

**Liczba uczniów ogółem uczestniczących w programie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Liczba klas ogółem uczestniczących w programie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

1. ***PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU***

**Czy program został zrealizowany w całości, zgodnie z założeniami?**

* Tak
* Nie

**Jeżeli NIE, proszę podać, które zadania nie zostały zrealizowane i dlaczego?**

* Lekcja 1

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

* Lekcja 2

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Lekcja 3

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

* Lekcja 4

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Lekcja 5

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Lekcja 6

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Czy program został rozszerzony o dodatkowe działania?**

* Tak (jakie?)

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

* nie

**Które elementy programu/ informacje były najważniejsze?**

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

**Co Pani/ Pana zdaniem było najbardziej motywujące dla dzieci w zakresie dbania o swoje zdrowie?**

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

**Czy jest coś, co można by dodać do tego programu lub zmienić?**

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

**Czy program będzie kontynuowany w następnej edycji?**

* Tak
* Nie
* Nie wiem

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ocena:**  **Kategorie:** | **bardzo**  **dobra** | **dobra** | **średnia** | **słaba** | **bardzo słaba** |
| Odbiór Programu przez uczniów |  |  |  |  |  |
| Ocena Programu przez prowadzącego/prowadzących |  |  |  |  |  |
| Opinia rodziców dzieci uczestniczących w Programie |  |  |  |  |  |
| Dostosowanie założeń i sposobu realizacji programu do wieku i rozwoju dzieci |  |  |  |  |  |
| Ocena poradnika przeznaczonego dla realizatorów Programu |  |  |  |  |  |
| Ocena załączników do podręcznika |  |  |  |  |  |
| Ocena materiałów dodatkowych (zeszyty ćwiczeń, plakaty) |  |  |  |  |  |
| Ocena realizacji zakładanych celów |  |  |  |  |  |

1. ***Dodatkowy komentarz na temat realizacji programu w szkole:***

…...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*Niniejszy druk prosimy odesłać w terminie* ***do 06.06.2025r.***

*e- mailem na adres: sekretariat.psse.radom@sanepid.gov.pl*