………………………………………………..…………..

Nazwa i adres placówki/ pieczęć placówki

OZ.0443.20.2024

Załącznik nr 6

**Sprawozdanie szkolnego koordynatora programu pt. „Podstępne WZW” za rok szkolny 2023/ 2024**

1. Liczba klas łącznie: …………………., w tym:
	1. klasy I: ……………….
	2. klasy II: ………………
	3. klasy III: ……………..
	4. klasy IV: ……………
	5. inni odbiorcy/ kto? np. uczniowie klas VII -VIII szkół podstawowych ………………………….…….
2. Liczba uczniów łącznie: …………………., w tym:
	1. uczniów klas I: …………..
	2. uczniów klas II: ………….
	3. uczniów klasy III: ……………..
	4. uczniów klas IV: ………………
	5. inni odbiorcy : …………………..
3. Liczba innych odbiorców/ jakich?
	1. liczba rodziców: …………..
	2. liczba nauczycieli: …………..
	3. liczba innych odbiorców/ kto?:

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

1. 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. nauczyciele innych przedmiotów/ jakich?:

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

1. 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:

Czy placówka zainteresowana jest realizacją programu w przyszłym roku szkolnym, TAK/ NIE *(właściwe podkreślić)*

1. 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.**