

**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**

**I. 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

**II. 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
- nie, zorganizowano spotkanie wyłącznie po programie
- nie zorganizowano żadnego spotkania z rodzicami

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

--	--	--	--	--

**Czy rodzice byli aktywnymi uczestnikami programu?**

- tak
- nie

.....

**III. UCZNIOWIE**

**Liczba uczniów ogółem uczestniczących w programie:**

--	--	--	--	--

**Liczba klas ogółem uczestniczących w programie:**

--	--	--	--	--

**IV. PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU**

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

- Tak
- Nie

**Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego?**

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

**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?**

.....  
 .....

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

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

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

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

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

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

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Kategorie: / Ocena:	bardzo dobra	dobra	średnia	słaba	bardzo słaba
Odbiór Programu przez uczniów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena Programu przez prowadzącego/prowadzących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opinia rodziców dzieci uczestniczących w Programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie założeń i sposobu realizacji programu do wieku i rozwoju dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena poradnika przeznaczonego dla realizatorów Programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena realizacji zakładanych celów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
 podpis szkolnego koordynatora programu

.....  
 podpis i pieczętka dyrektora szkoły