



**Informacja z realizacji programu edukacji antytytoniowej
dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej**

„Nie Pal Przy Mnie, Proszę”

Szanowni Państwo,

Uprzejmie proszę **Szkolnego Realizatora** programu „Nie Pal Przy Mnie, Proszę” o wypełnienie kwestionariusza dotyczącej działań podejmowanych w ramach realizacji ww. programu.

W pytaniach zamkniętych proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi znakiem „X”, w przypadku pytań otwartych w miejsce kropek należy wpisać własną odpowiedź. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Główny Inspektor Sanitarny

**KWESTIONARIUSZ DLA SZKOLNEGO
REALIZATORA PROGRAMU**

Nazwa i adres szkoły:

.....
.....

Rok szkolny realizacji programu:

				/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

1. Liczba uczniów uczestniczących w programie:

--	--	--	--	--	--	--

w tym w klasach:

	Liczba uczniów
I	
II	
III	
inne klasy/grupy (jakie?).....	

2 Liczba realizatorów programu:

3. Czy rodzice brali udział w działaniach realizowanych w ramach programu?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Tak (jakich?, proszę wymienić działania)	
Nie (Przejdź do pytania 4)	

4. Liczba rodziców biorących udział w programie ogółem:

--	--	--	--	--	--	--

5. W jaki sposób przebiegała realizacja programu?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Program został zrealizowany w formie zaproponowanych 5 zajęć warsztatowych (przejdź do pytania 6)	
Program został zmieniony lub nie zrealizowano go w całości	

6. Jeżeli zmieniono lub zrezygnowano części zajęć, proszę podać 3 główne powody zmiany.

	Powód zmiany
scenariusz zajęć 1
scenariusz zajęć 2
scenariusz zajęć 3
scenariusz zajęć 4
scenariusz zajęć 5

7. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania?

(odpowiedź **Tak/Nie** proszę zaznaczyć znakiem „**X**”, jeśli będzie to możliwe, proszę również podać odpowiednie liczby działań, uczestników oraz określić odbiorców)

Tak			
W tym:	Liczba działań	Liczba uczestników	Odbiorcy
a) Wykłady/Prelekcje/ Pogadanki/Prezentacje			
b) Imprezy środowiskowe/ Przedstawienia/Wystawy			
c) Konkursy			
d) Projekcje filmu			
Inne (jakie?)			
Nie			

8. Ocena programu:

(skala: 1 – ocena najniższa, 6 – ocena najwyższa, proszę zaznaczyć odpowiednią ocenę zakreślając ją kółkiem)

- a) Zaangażowanie dzieci podczas realizacji programu; 1 2 3 4 5 6
- b) Treści merytoryczne programu; 1 2 3 4 5 6
- c) Wsparcie lokalne;
(władz lokalnych, kościoła, policji, stowarzyszeń itp.); 1 2 3 4 5 6
- d) Materiały pomocnicze (ulotki, plakaty itp.) 1 2 3 4 5 6

9. Czy program będzie kontynuowany w Państwa placówce?

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

Tak	
Nie	
Nie wiem	

10. Dodatkowe informacje o realizacji programu (w tym: propozycja zmian związanych z organizacją programu lub jego zawartością merytoryczną, koalicjanci, partnerzy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis szkolnego koordynatora programu

Niniejszy druk prosimy odesłać na adres:
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zwoleniu
pocztą na adres: 26 – 700 Zwoleń, ul. Bogusza 37
z dopiskiem Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia
lub e-mailem na adres: sekretariat.psse.zwolen@sanepid.gov.pl
w terminie **do 10.06.2024 r.**