**KWESTIONARIUSZ DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

**„ZNAMIĘ! ZNAM JE?” w bieżącym roku szkolnym**

**1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa szkoły | Adres szkoły | Profil szkoły |
|  |  |  |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uczniów w szkole** |  |

3.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uczniów uczestniczących w programie** |  |

4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy rodzice zostali poinformowani o programie? | Tak | Nie |

5.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Liczba rodziców poinformowanych o programie |  | Nie dotyczy |

6.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy program przeprowadzono zgodnie ze scenariuszem | Tak | Nie |

7.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy były prowadzone dodatkowe formy realizacji programu? | Tak | Nie |
| **Jeżeli Tak, proszę zakreślić poniżej** |  Liczba działań | Odbiorcy  | Liczba odbiorców |
| a) Wykład / Pogadanka / Prezentacja |  |  |  |
| b) Przedstawienia/Wystawy |  |  |  |
| c) Konkursy |  |  |  |
| Inne........................................ |  |  |  |

8. Zaangażowanie uczniów w ocenie nauczyciela

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala*(skala: 2 – ocena najniższa, 5 – ocena najwyższa, proszę zaznaczyć odpowiednią ocenę zakreślając ją X)* | 2 niedostateczne | 3 dostateczne | 4 dobre | 5bardzo dobre |
| Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu  |  |  |  |  |

9. Ocena programu na podstawie Ankiety uczniów. **Liczba przeprowadzonych ankiet:…………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W tabeli poniżej proszę określić podsumowane liczbowo, wybrane odpowiedzi (1,4,6,8) z ankiety uczniów** | TAK | NIE |
| Czy temat był ważny? (1) |  |  |
| Czy wiesz jak chronić się przed czerniakiem? (4) |  |  |
| Czy wiesz, że solarium jest głównym czynnikiem wywołującym czerniaka? (6) |  |  |
| Czy zachęcisz rodziców, znajomych, krewnych, aby także przebadali skórę i przekażesz im zdobytą dziś wiedzę? |  |  |

*W odpowiednich polach proszę podać liczbę odpowiedzi twierdzących i przeczących*

10. Czy program będzie kontynuowany w Państwa szkole? *(proszę zaznaczyć znakiem* ***X****”)*

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie wiem |  |

11. Czy nawiązano współpracę z instytucjami, partnerami w realizacji programu TAK NIE

Proszę wymienić partnerów:

12. Dodatkowe informacje o realizacji programu, w tym: propozycja zmian związanych z organizacją programu lub jego zawartością merytoryczną:

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

…………………………………………………………………………….

 *Podpis nauczyciela sporządzającego informację*

Wypełniony druk prosimy odesłać do:

pocztą na adres: **Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białej Podlaskiej
ul. Warszawska 18 , 21-500 Biała Podlaska**e-mailem na adres: ozipz.psse.bialapodlaska@sanepid.gov.pl nr tel.: 83 344-41-60 (wew. 21) lub 887-435-932w terminie do dnia: **30 maja br.**