

<i>Pieczęć szkoły</i>	Imię i nazwisko koordynatora	
	Stanowisko	

1. EDUKACJA UCZNIÓW

Liczba klas i uczniów	Liczba klas	Liczba uczniów
Klasy „I”		
Klasy „II”		
Klasy „III”		
Klasy „IV”		
Inne klasy ponadpodstawowe (Jakie?)		
Ogółem		

2. EDUKACJA RODZICÓW

Liczba rodziców objętych edukacją	
------------------------------------------	--

3. EDUKACJA NAUCZYCIELI I INNYCH PRACOWNIKÓW SZKOŁY

Liczba nauczycieli objętych edukacją	
Liczba innych pracowników szkół objętych edukacją (Jakich?)	

4. REALIZATORZY DZIAŁAŃ PROGRAMOWYCH

Realizatorzy programu w szkole	Liczba realizatorów
Pielęgniarki	
Pedagodzy	
Nauczyciele przedmiotowi	
Wychowawcy klas	
Inni (kto?)	
Ogółem	

5. FORMY EDUKACJI UCZNIÓW

Formy edukacji	Liczba klas	Liczba uczniów
Zajęcia warsztatowe		
Pogadanki lub prelekcje prowadzone przez specjalistów		
Imprezy prozdrowotne organizowane w szkole		
Ekspozycje wizualne		
Konkursy (Jakie?)		
Apele		
Ćwiczenia i nauka samobadania piersi na fantomie		
Emisja filmu		
Przygotowanie informacji na stronę internetową		
Inne formy (Jakie?)		

6. WSPÓŁPRACA

z kim nawiązano współpracę podczas realizacji programu?	

7. OCENA PROGRAMU

mocne strony programu (proszę podać 3 najczęściej wymieniane odpowiedzi)	
słabe strony programu (proszę podać 3 najczęściej wymieniane odpowiedzi)	

8. KONTYNUACJA PROGRAMU

Czy szkoła będzie kontynuować realizację programu w kolejnej edycji?	
Tak	
Nie	

9. WNIOSKI :

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis koordynatora

*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.***

Dziękujemy za przekazane informacje!