



**Kwestionariusz dla szkolnego koordynatora programu
„Podstępne WZW” w roku szkolnym 20...../.....**



Nazwa i adres szkoły lub pieczęć szkoły:

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

1. Koordynator szkolny programu:

2. Liczba uczniów w szkole	
3. Liczba uczniów uczestniczących w programie	

4. Czy rodzice zostali poinformowani o programie

Tak

Nie

5. Czy nawiązano współpracę z innymi partnerami lub instytucjami podczas realizacji programu?

Tak

Jeśli tak, proszę wymienić wszystkich partnerów:

.....
.....

Nie

6. Czy program przeprowadzono zgodnie ze scenariuszem

Tak

Nie

7. Czy były prowadzone dodatkowe formy realizacji programu?		Tak	Nie
<i>Jeżeli Tak, proszę wypełnić poniżej</i>	Liczba działań	Odbiorcy	Liczba odbiorców
a) Wykład / pogadanka / prezentacja			
b) Przedstawienia / Wystawy			
c) Konkursy			
d) Inne, jakie.....			

8. Zaangażowanie uczniów w ocenie nauczyciela

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

9. Ocena programu na podstawie ankiety uczniów. (W odpowiednich polach proszę podać liczbę odpowiedzi)

10. Liczba przeprowadzonych ankiet:

10.1. Czy temat był ważny?

pytanie nr 2	tak	częściowo	wcale
Ilość odpowiedzi			

10.2. Czy warto rozmawiać o problemie zakażenia HBV i HCV z najbliższymi?

pytanie nr 3	tak	nie	nie wiem
Ilość odpowiedzi			

10.3. Czy zajęcia były interesujące?

pytanie nr 4	1	2	3	4	5
Ilość odpowiedzi					

**zakładając, że odpowiedź 1. oznacza – nie interesujące, natomiast odpowiedź 5. oznacza – bardzo interesujące*

11. Czy program będzie kontynuowany w Państwa szkole? (proszę zaznaczyć)

- Tak
- Nie
- Nie wiem

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

.....

.....

.....

.....

.....
/miejscowość, data/

Opracował(a):

Wypełniony druk prosimy odesłać pocztą/przekazać na adres:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
ul. Lubelska 103
21-100 Lubartów

albo przesłać pocztą elektroniczną:

ozipz.psse.lubartow@sanepid.gov.pl