**Wybierz Życie – Pierwszy Krok**

 Informacja o działaniach podejmowanych w ramach realizacji edukacyjnego programu profilaktyki raka szyjki macicy (wypełnia koordynator szkolny)

*Pieczęć szkoły lub adres*

Imię i nazwisko koordynatora………………………………………………..

Stanowisko ……………………………………………………...

1. EDUKACJA UCZNIÓW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj klas | Liczba klas | Liczba uczniów |
| Klasy I |  |  |
| Klasy II |  |  |
| Klasy III |  |  |
| Klasy IV |  |  |
| Inne klasy (Jakie?) |  |  |
| Ogółem |  |  |

2. EDUKACJA RODZICÓW

 Liczba rodziców objętych edukacją …………………………………………………………………

| W jaki sposób rodzicom zostały przedstawione założenia i treści programowe? | *Proszę postawić X przy jednej lub kilku odpowiedziach* |
| --- | --- |
| Na zebraniach ogólnych z rodzicami |  |
| Podczas spotkań specjalnych dot. programu  |  |
| Podczas indywidualnych konsultacji |  |
| Za pośrednictwem uczniów |  |
| Poprzez dystrybucję składanek  |  |
| W inny sposób (Jaki?) |  |
| Nie zostali zapoznani |  |

3. EDUKACJA NAUCZYCIELI I INNYCH PRACOWNIKÓW SZKOŁY

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba nauczycieli i pedagogów objętych edukacją  |  |
| Liczba innych pracowników szkół objętych edukacją (Jakich?) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| W jaki sposób w/w osobom zostały przedstawione założenia i treści programowe? | *Proszę postawić X przy jednej lub kilku odpowiedziach* |
| Na radzie pedagogicznej |  |
| Podczas spotkań specjalnych dot. programu |  |
| Podczas indywidualnych rozmów |  |
| W inny sposób (Jaki?) |  |
| Nie zostali zapoznani |  |

4. REALIZATORZY DZIAŁAŃ PROGRAMOWYCH

| Realizatorzy programu w szkole | Liczba realizatorów |
| --- | --- |
| Pielęgniarka  |  |
| Pedagog |  |
| Psycholog |  |
| Nauczyciel przedmiotowy |  |
| Wychowawca klasy |  |
| Inni (Kto?) |  |
| Ogółem |  |

5. FORMY EDUKACJI UCZNIÓW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formy edukacji | Liczba klas | Liczba uczniów |
| Zajęcia warsztatowe zaproponowane w poradniku z wykorzystaniem konspektów i prezentacji |  |  |
| Zajęcia warsztatowe rozszerzone o własne pomysły i dodatkowe elementy (Jakie?) |  |  |
| Pogadanki lub prelekcje prowadzone przez specjalistów |  |  |
| Imprezy prozdrowotne organizowane w szkole |  |  |
| Konkursy (Jakie?) |  |  |
| Gazetki szkolne |  |  |
| Inne formy (Jakie?) |  |  |

6. WSPÓŁPRACA

|  |
| --- |
| Czy szkoła nawiązywała współpracę podczas realizacji programu? Jeśli tak to z kim? |
|
|
|
|

7. KONTYNUACJA PROGRAMU

|  |  |
| --- | --- |
| Czy szkoła będzie kontynuować realizację programu w kolejnej edycji? | *Proszę postawić X przy jednej odpowiedzi* |
| Tak |  |
| Nie (Dlaczego?) |  |

18. WNIOSKI I SUGESTIE KOORDYNATORA SZKOLNEGO DOTYCZĄCE REALIZACJI PROGRAMU

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

Miejscowość data podpis

…………………………. ………………………