**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROGRAMU**

**pt. „WYBIERZ ŻYCIE – PIERWSZY KROK”**

**w bieżącym roku szkolnym
dla koordynatora szkolnego**

***Szanowni Państwo!***

***Uprzejmie prosimy o przedstawienie informacji o działaniach podejmowanych
 w ramach realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz wyrażenie swoich opinii na ten temat. Uzyskane informacje posłużą nam do oceny efektów podejmowanych działań oraz udoskonalenia kolejnych edycji programu.***

1. Nazwa i adres szkoły lub pieczęć szkoły:

*Proszę wpisać wszystkie szkoły wchodzące w skład zespołu szkół, które realizowały program.*

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

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

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

2. Imię i nazwisko szkolnego koordynatora programu, stanowisko, zawód:

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

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

3. Ogólna liczba uczniów w klasach „I” - ………………………………………………………

4. Liczba odbiorców programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Odbiorca** | **Liczba odbiorców** |
| 1. | Uczniowie klas I |  |
| 2. | Rodzice i opiekunowie |  |
| 3. | Nauczyciele |  |
| 4. | Inni (kto?) np. uczniowie innych klas |  |

5. Realizatorzy programu w szkole:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Realizator zajęć** | **Liczba realizatorów** |
| 1. | Pielęgniarka  |  |
| 2. | Pedagog |  |
| 3. | Nauczyciel przedmiotowy |  |
| 4. | Lekarz (ginekolog, onkolog, położna) |  |
| 5. | Inni (kto?) np. nauczyciel WDŻ |  |

6. Czy szkoła nawiązała współpracę poza środowiskiem szkolnym w celu realizacji działań?

🞎 Tak

Prosimy podać z kim?

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

* Nie

7. Formy realizacji programu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Formy**  | **Liczba** | **Grupa****docelowa** | **Liczba uczestników** |
|
| 1. | Szkolenia |  |  |  |
| 2. | Wykłady |  |  |  |
| 3. | Narady |  |  |  |
| 4. | Prelekcje |  |  |  |
| 5. | Pogadanki |  |  |  |
| 6. | Edukacja w oparciu o scenariusze zajęć z poradnika |  |  |  |
| 7. | Poradnictwo – rozmowy indywidualne |  |  |  |
| 8. | Pokazy prezentacji multimedialnej |  |  |  |
| 9. | Imprezy prozdrowotne |  |  |  |
| 10. | Konkursy |  |  |  |
| 11. | Quizy |  |  |  |
| 12. | Gazetki szkolne nt. programu lub treści programowych |  |  |  |
| 13 | Wykorzystanie filmów tematycznych publikowanych w internecie |  |  |  |
| 14. | Inne formy |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. Co wpłynęło na decyzję szkoły o przystąpieniu do programu?

 (*Prosimy zaznaczyć wybrane odpowiedzi)*

 🞎 Przekonanie, że program przyczyni się do umacniania zdrowia kobiet

 🞎 Zachęcająco przedstawiona oferta programowa

 🞎 Brak innych programów o podobnej tematyce

 🞎 Atrakcyjne i pomocne oprzyrządowanie programu

 🞎 Inne przyczyny (jakie?) - ……………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………..

9. Które materiały są szczególnie pomocne przy realizacji programu?

 (*Prosimy zaznaczyć wybrane odpowiedzi)*

 🞎 Poradnik dla realizatora programu

 🞎 Scenariusze zajęć zawarte w poradniku

 🞎 Prezentacja multimedialna

 🞎 Zakładka dla uczniów

 🞎 Składanka dla dorosłych

 🞎 Strona internetowa

10. Ile godzin lekcyjnych poświęcono na realizację programu wśród uczniów - ……….

 *(Prosimy podać uśrednioną liczbę godzin)*

11. W jaki sposób rodzice i opiekunowie zostali zapoznani z założeniami i treścią programu?

 (*Prosimy zaznaczyć wybrane odpowiedzi)*

 🞎 Podczas ogólnych zebrań z rodzicami

 🞎 Poprzez przekazanie ulotki

 🞎 Poprzez list z informacją

 🞎 W inny sposób (jaki?)

…………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………..

* Nie zostali zapoznani

12. Czy wystąpiły jakieś trudności w realizacji programu?

* Tak

Jeśli tak prosimy opisać jakie i wskazać ewentualne propozycje zmian: …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

* Nie

13. Czy realizacja programu powinna być kontynuowana?

* Tak

 Jeśli tak, to dlaczego?

 …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

* Nie

 Jeśli nie, to dlaczego?

 …………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………..

14. Wnioski i uwagi:

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

……………………………………

 Podpis szkolnego koordynatora programu

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 887-435-932 w terminie do dnia: **30 maja br.**

***Dziękujemy za przekazane informacje!***