**Sprawozdanie dla realizatora szkolnego**

**Podstępne WZW**

**Nazwa placówki ………………………………………………**

**……………………………………………………………………**

1. Liczba klas łącznie: …………………., w tym:
	1. klasy I: ……………….
	2. klasy II: ………………
	3. inne/jakie ? ………………..
2. Liczba uczniów łącznie: …………………., w tym:
	1. uczniów klas I: …………..
	2. uczniów klas II: ………….
	3. uczniowie innych klas/jakich? …………………..
3. Liczba innych odbiorców/jakich?
	1. rodzice: …………..
	2. nauczyciele: …………..
	3. inni/kto?: …………..
4. Realizator programu w szkole/kto?/ile osób?
	1. nauczyciel biologii: …………..
	2. nauczyciel wychowania do życia w rodzinie: …………..
	3. nauczyciel wychowania fizycznego: …………..
	4. pielęgniarka szkolna: …………..
	5. inny nauczyciel/jaki: …………..
5. Partnerzy /zakres współpracy na poziomie szkolnym:

……………………………………/……………………………………………………………………….

……………………………………/……………………………………………………………………….

……………………………………/……………………………………………………………………….

1. Ocena programu *(skala: 4 – ocena najwyższa, 1 – ocena najniższa, proszę wpisać ocenę)*
	1. Odbiór programu przez uczniów ……………
	2. Ocena programu przez prowadzącego ……………
	3. Ocena realizacji zakładanych celów ……………
2. Zainteresowanie placówki kontynuacją w następnym roku szkolnym:
	1. placówka zainteresowana: …………
	2. placówka niezainteresowana: ………..
3. Wnioski/uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Druk prosimy odesłać e-mailem na adres:

sekretariat.psse.radom@sanepid.gov.pl

w terminie do **06.06.2025r.**