



**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROGRAMU pt. „WYBIERZ ŻYCIE – PIERWSZY KROK”**

**w roku szkolnym 20..... /20.....**

**dla koordynatora szkolnego**

**Szanowni Państwo!**

**Uprzejmie prosimy o przedstawienie informacji o działaniach podejmowanych w ramach realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy Uzyskane informacje posłużą nam do oceny efektów podejmowanych działań oraz do celów sprawozdawczych.**

**1. Nazwa i adres szkoły lub pieczęć szkoły:**

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

Imię i nazwisko szkolnego koordynatora programu, stanowisko, zawód:

.....

**2. Adresaci:**

Ogólna liczba uczniów klas „I” w szkole - .....

Liczba uczniów klas „I” uczestniczących w programie .....

**3. Pozostali odbiorcy :**

Lp.	Odbiorca	Liczba odbiorców
1.	Uczniowie innych klas	
2.	Rodzice i opiekunowie	
3.	Nauczyciele	
4	Odbiorcy w środowisku	

**4. Realizatorzy programu w szkole:**

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

**5. Formy realizacji programu:**

Lp.	Formy	Liczba	Grupa docelowa	Liczba uczestników
1.	Szkolenia			
2.	Wykłady			
3.	Narady			
4.	Prelekcje, pogadanki			
5.	Edukacja w oparciu o scenariusze zajęć			
6.	Pokazy prezentacji multimedialnej			
7.	Imprezy prozdrowotne			
8.	Konkursy, Quizy			
9.	Gazetki szkolne, ekspozycje wizualne			
10.	Emisja filmów publikowanych w Internecie			
11.	Inne formy			

6. Które materiały są szczególnie pomocne przy realizacji programu? (Prosimy zaznaczyć wybrane )

- Poradnik dla realizatora programu
- Scenariusze zajęć zawarte w poradniku
- Prezentacja multimedialna na stronie internetowej
- Zakładka dla uczniów
- Ulotka dla rodziców
- Zakładka dla uczniów
- Plakat

7. Czy rodzice i opiekunowie zostali zapoznani z założeniami i treścią programu?

- Tak
- Nie

8. Czy wystąpiły jakieś trudności w realizacji programu?

- Tak
- Nie

9. Czy w ramach realizacji programu szkoła nawiązała współpracę poza środowiskiem szkolnym?

- Tak

Jeśli tak, proszę wymienić wszystkich partnerów:

.....  
.....

- Nie

10. Czy realizacja programu powinna być kontynuowana?

- Tak
- Nie

Jeśli nie, to dlaczego?

.....  
.....

11. Wnioski i uwagi:

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

.....  
/miejsowość, 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