*Pieczątka Szkoły* **Miejsce, data……………………………………**

**Sprawozdanie z realizacji programu**

**,,Znamię! Znam je?”**

**2024/2025**

***Ankietę prosimy przesłać*** *po wypełnieniu do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Końskich do* ***6 czerwca 2025*** *r. na adres ul. Sportowa 7, 26-200 Końskie lub drogą elektroniczną na adres: sekretariat.psse.konskie@sanepid.gov.pl*

**Nazwa placówki realizującej program:**

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

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

**Koordynatorzy programu w placówce :**

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

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

**Okres realizacji programu:**

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

 **Ogólna liczba uczniów uczestniczących w programie:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Działanie realizowane w placówce/sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Liczba uczniów****biorących udział****w poszczególnych****działaniach / klasa** | **Liczba nauczycieli biorących udziałw poszczególnychdziałaniach** | **Osoba odpowiedzialna** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| Lp. | **Działanie realizowane w placówce/sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Liczba uczniów****biorących udział****w poszczególnych****działaniach / klasa** | **Liczba nauczycieli biorących udziałw poszczególnychdziałaniach** | **Osoba odpowiedzialna** |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**Podsumowanie ankiety po zakończeniu programu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pytanie** | Liczbaodpowiedzi**Tak** | Liczbaodpowiedzi**Nie** | **Komentarz** |
| **Czy temat był ważny?** |  |  |  |
| **Czy lekcja była ciekawa?** |  |  |  |
| **Co było najciekawsze? Co Cię zainteresowało, zaskoczyło?** | Najczęstsze odpowiedzi: |  |
| **Czy wiesz jak ochronić się przed czerniakiem?** |  |  |  |
| **Czy po powrocie do domu obejrzysz swoją skórę i będziesz stosować się do zasad ochrony przed czerniakiem?** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pytanie** | Liczbaodpowiedzi**Tak** | Liczbaodpowiedzi**Nie** | **Komentarz** |
| **Czy wiesz, że solarium jest głównym czynnikiem wywołującym czerniaka?** |  |  |  |
| **Czy znasz cechy charakterystyczne czerniaka?** | **A ………………………………………………………………………………………….****B …………………………………………………………………………………………****C ………………………………………………………………………………………….****D ………………………………………………………………………………………….****E ………………………………………………………………………………………….** |  |
| **Czy zachęcisz rodziców, znajomych, krewnych, aby także przebadali skórę i przekażesz im zdobytą dziś wiedzę?** |  |  |  |

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

**Podpis szkolnego koordynatora programu Podpis i pieczątka dyrektora szkół**