

Sprawozdanie dla realizatora szkolnego

Znamie! Znam je?/Podstępne WZW * *niepotrzebny tytuł skreślić*

Nazwa placówki

.....

1. Liczba klas łącznie:, w tym:
 - a. klasy I:
 - b. klasy II:
 - c. inne/jakie ?
2. Liczba uczniów łącznie:, w tym:
 - a. uczniów klas I:
 - b. uczniów klas II:
 - c. uczniowie innych klas/jakich?
3. Liczba innych odbiorców/jakich?
 - a. rodzice:
 - b. nauczyciele:
 - c. inni/kto?:
4. Realizator programu w szkole/kto?/ile osób?
 - a. nauczyciel biologii:
 - b. nauczyciel wychowania do życia w rodzinie:
 - c. nauczyciel wychowania fizycznego:
 - d. pielęgniarka szkolna:
 - e. inny nauczyciel/jaki:
5. Partnerzy /zakres współpracy na poziomie szkolnym:
...../.....
...../.....
...../.....
6. Ocena programu (*skala: 4 – ocena najwyższa, 1 – ocena najniższa, proszę wpisać ocenę*)
 - a. Odbiór programu przez uczniów
 - b. Ocena programu przez prowadzącego
 - c. Ocena realizacji zakładanych celów
7. Zainteresowanie placówki kontynuacją w następnym roku szkolnym:
 - a. placówka zainteresowana:
 - b. placówka niezainteresowana:
8. Wnioski/uwagi:
.....
.....

Niniejszy druk prosimy odesłać na adres:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zwoleniu

pocztą na adres: 26 – 700 Zwoleń, ul. Bogusza 37

z dopiskiem Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia

lub e-mailem na adres: sekretariat.psse.zwolen@sanepid.gov.pl

w terminie do **10.06.2024 r.**