



**Informacja z realizacji
Przedszkolnego Programu Edukacji Antytytoniowej
pt. „CZYSTE POWIETRZE WOKÓŁ NAS”**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie proszę **Przedszkolnego/ Szkolnego Realizatora** programu „Czyste Powietrze Wokół Nas” o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego działań podejmowanych w ramach realizacji ww. programu.

W pytaniach zamkniętych proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi znakiem „X”, w przypadku pytań otwartych w miejsce kropek należy wpisać odpowiedź. Uzyskane od Państwa informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

Dziękuję za wypełnienie ankiety.
Mazowiecki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny

**KWESTIONARIUSZ
DLA PRZEDSZKOLNEGO REALIZATORA PROGRAMU**

Nazwa i adres placówki:

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

1. Rok szkolny realizacji programu:

					/				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

2. Liczba grup przedszkolnych / Liczba oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych uczestniczących w programie

--	--	--	--	--	--	--

3. Liczba dzieci uczestniczących w programie:

--	--	--	--	--	--	--

w tym,

	Liczba dzieci
dzieci 5-letnie	
dzieci 6-letnie	
inna grupa (jaka?)	

**4. Czy rodzice brali udział w działaniach realizowanych w ramach programu?
(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)**

Tak(jakich?, proszę wymienić działania)	
Nie (przejdź do pytania 5)	

5. Liczba rodziców biorących udział w programie ogółem:

--	--	--	--	--	--	--	--

6. W jaki sposób przebiegała realizacja programu? (odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Program został zrealizowany w formie zaproponowanych 5 zajęć warsztatowych (przejdź do pytania 7)	
Program został zmieniony lub nie zrealizowano go w całości	

7. Jeżeli zmieniono lub zrezygnowano z części zajęć, to proszę podać 3 najczęściej występujące powody tych zmian.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania?
(odpowiedź Tak/Nie proszę zaznaczyć znakiem „X”, jeśli będzie to możliwe, proszę podać również odpowiednie liczby działań, uczestników oraz określić odbiorców działań)**

Tak	
Nie	

Jeżeli TAK, to jakie działania?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Ocena programu:

(skala: 1 – ocena najniższa, 6 – ocena najwyższa, proszę zaznaczyć odpowiednią ocenę znakiem „X”)

	1	2	3	4	5	6
Zaangażowanie dzieci podczas realizacji programu						
Przyswojenie przez dzieci materiału						
Odbiór programu przez dzieci						
Stosunek rodziców do zrealizowanego programu						
Treści merytoryczne programu oceniane przez realizatorów						

10. Czy program będzie kontynuowany w Państwa placówce?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Tak	
Nie	

11. Proszę krótko podsumować realizację programu w placówce i przedstawić wnioski.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opracował/a:

Niniejszy druk prosimy odesłać na adres:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zwoleniu

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

z dopiskiem Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia

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

w terminie do 10.06.2024r.