OZ.0443.20.2024

**Informacja z realizacji programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej dla IV klas szkoły podstawowej pt. „Bieg po zdrowie”**

**Szanowni Państwo,**

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza, dotyczącego przebiegu ww. programu w Państwa szkole.

W przypadku pytań zamkniętych prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi **„X”** w miejsce  W przypadku pytań otwartych w miejsce kropek **............** prosimy wpisać własną odpowiedź.

Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

**Główny Inspektorat Sanitarny**

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

Miejsce i czas realizacji programu:

Nazwa i adres szkoły:

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

Program był realizowany w terminie:

od: / / do: / /

rrrr/ mm/ dd rrrr/ mm/ dd

**W jaki sposób szkolny koordynator został przygotowany do realizacji programu?**

* uczestniczył w szkoleniu zorganizowanym przez PSSE
* Został przygotowany indywidualnie przez koordynatora z PSSE
* inny sposób (jaki?): ………………………………........................

……………………………..…………………

* koordynator nie uczestniczył w szkoleniu i nie otrzymał instruktażu

Załącznik nr 2

1. **RODZICE**

**Czy przeprowadzono dwa spotkania informacyjne z rodzicami zgodnie z założeniami programu?**

* tak, przeprowadzono spotkanie przed programem oraz po zakończeniu programu
* nie, zorganizowano spotkanie wyłącznie przed programem
* nie, zorganizowano spotkanie wyłącznie po programie
* nie zorganizowano żadnego spotkania z rodzicami

**Liczba rodziców/ opiekunów ogółem uczestniczących w programie:**

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

**Czy rodzice byli aktywnymi uczestnikami programu?**

* tak
* nie

……………………………………………………………………………………………

1. **UCZNIOWIE**

**Liczba uczniów ogółem uczestniczących w programie:**

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

**Liczba klas ogółem uczestniczących w programie:**

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

1. **PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU**

**Czy program został zrealizowany w całości, zgodnie z założeniami?**

* Tak
* Nie

**Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego?**

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

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

……………………………………………………………………………………

**Czy program został rozszerzony o dodatkowe działania?**

* Tak (jakie?)

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

* nie

**Które elementy programu/ informacje były najważniejsze?**

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

**Co Pani/ Pana zdaniem było najbardziej motywujące dla dzieci w zakresie dbania o swoje zdrowie?**

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

**Czy jest coś, co można by dodać do tego programu lub zmienić?**

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

**Czy program będzie kontynuowany w następnej edycji?**

* Tak
* Nie
* Nie wiem

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ocena:**  **Kategorie:** | **bardzo**  **dobra** | **dobra** | **średnia** | **słaba** | **bardzo słaba** |
| Odbiór Programu przez uczniów |  |  |  |  |  |
| Ocena Programu przez prowadzącego/prowadzących |  |  |  |  |  |
| Opinia rodziców dzieci uczestniczących w Programie |  |  |  |  |  |
| Dostosowanie założeń i sposobu realizacji programu do wieku i rozwoju dzieci |  |  |  |  |  |
| Ocena poradnika przeznaczonego dla realizatorów Programu |  |  |  |  |  |
| Ocena realizacji zakładanych celów |  |  |  |  |  |

1. **Dodatkowy komentarz na temat realizacji programu w szkole:**

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

**Dodatkowe informacje o własnych działaniach tematycznych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Temat/ tytuł działania | Formy realizacji działania (rysunki, prace plastyczne, tematyczna wycieczka/ spotkanie, apel, wystawa prac, ścienna gazetka informacyjna, film, ulotki, informacje zamieszczone  na stronie internetowej, pogadanka/ dyskusja/ rozmowy. | Adresaci działań | Liczba  odbiorców | Funkcja  realizatora działań (np. nauczyciel przedmiotu, pielęgniarka  w środowisku nauczania  i wychowania, pedagog, psycholog ...) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Opracował/a:*

*……………………………………………………………….*

Prosimy o przesłanie wypełnionego druku do:

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Garwolinie

Pocztą na adres: ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 13, 08-400 Garwolin   
lub na adres e-mail: sekretariat.[psse.garwolin@sanepid.gov.pl](mailto:psse.garwolin@sanepid.gov.pl) w terminie do **14 czerwca 2024 r.**