Załącznik nr 2

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

*Nazwa i adres placówki/ pieczęć placówki*

**KWESTIONARIUSZ**

**DLA PRZEDSZKOLNEGO REALIZATORA PROGRAMU**

**PT. „CZYSTE POWIETRZE WOKÓŁ NAS”**

1. **Rok szkolny realizacji programu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **/** |  |  |  |  |

1. **Liczba dzieci uczestniczących w programie:**

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

**w tym,**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liczba dzieci |
| dzieci 5-letnie |  |
| dzieci 6-letnie  |  |
| inna grupa |  |

1. **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) |  |

1. **Liczba rodziców biorących udział w programie ogółem:**

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

1. **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 |  |

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

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

1. **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  |  |

1. **Jeżeli TAK, to jakie działania?**

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

1. **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 |  |  |  |  |  |  |
| Wsparcia lokalne (władz lokalnych, kościoła, policji, stowarzyszeń itp.) |  |  |  |  |  |  |

1. **Czy program będzie kontynuowany w Państwa placówce?**

 **(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)**

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |

1. **Krótkie podsumowanie i wnioski z realizacji programu w placówce.**

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

1. **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 | Funkcjarealizatora działań (np. nauczyciel przedmiotu, pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania, pedagog, psycholog ...) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Opracował/a:** .......…………….......................

………………………………………… ………………………………………

 *Data, miejscowość Podpis i pieczęć Dyrektora*

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 w terminie do **14 czerwca 2024 r.**