SKĄD, SIĘ BIORĄ PRODUKTY EKOLOGICZNE?

CZYSTE POWIETRZE WOKÓŁ NAS

ZAWSZE RAZEM

BIEG PO ZDROWIE

NIE PAL PRZY MNIE PROSZĘ

*(właściwe podkreślić lub wpisać)*

w roku szkolnym ………………….

**INFORMACJE OGÓLNE**

1. Nazwa i adres szkoły:

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

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

1. Koordynator programu:

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

Dane kontaktowe koordynatora szkolnego *(opcjonalnie):*

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

1. W jaki sposób koordynator został przygotowany do realizacji programu w placówce:

Uczestniczył w szkoleniu zorganizowanym przez WSSE TAK / NIE

Uczestniczył w szkoleniu zorganizowanym przez PSSE TAK / NIE

Został przygotowany indywidulanie przez koordynatora z PSSE TAK / NIE

Inny sposób, jaki?:

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

Koordynator nie uczestniczył w szkoleniu/naradzie i nie otrzymał instruktażu. W jaki sposób dowiedział się o realizacji programu?

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

1. Dane dotyczące uczestników:

Liczba klas realizujących program *(dot. szkół)* …………

Liczba uczniów realizujących program …………

Liczba oddziałów realizujących program *(dot. przedszkoli)* …………

Liczba dzieci objętych programem …………

1. Sposób poinformowania rodziców o realizacji programu:

Spotkanie/wywiadówka TAK / NIE

Informacja pisemna TAK / NIE

E-dziennik TAK / NIE

Plakat informujący TAK / NIE

Inne (wymienić):

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

1. Liczba rodziców biorących udział w programie …………

**PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU**

1. Realizacja programu:

Czy program został zrealizowany zgodnie z założeniami (scenariuszami) w całości TAK / NIE

Jeżeli NIE, to dlaczego? *(proszę wypisać powody):*

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

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

1. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania *(nie wynikające ze scenariuszy)* TAK / NIE

Jeżeli TAK, to jakie? *(proszę zaznaczyć)*

|  |  |
| --- | --- |
| FORMY DZIAŁAŃ DODATKOWYCH [[1]](#footnote-1) | ILOŚĆ DZIAŁAŃ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Ocena programu przez koordynatora szkolnego/przedszkolnego *(zakreślić właściwe):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OCENA | | | |
| Zainteresowanie dzieci programem | bardzo dobra | dobra | średnia | słaba |
| Zainteresowanie rodziców programem | bardzo dobra | dobra | średnia | słaba |
| Ocena treści programu przez realizatora | bardzo dobra | dobra | średnia | słaba |
| Ocena treści programu przez koordynatora |  |  |  |  |

1. Czy program będzie kontynuowany: TAK / NIE / NIE WIEM
2. Wnioski i uwagi koordynatora dotyczące realizacji programu *(prosimy o wyrażenie opinii na temat realizacji programu, uzyskane od Państwa informacje posłużą nam do oceny efektów podejmowanych przez nas działań oraz do ewentualnego udoskonalenia programu):*

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

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

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

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

*Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.*

1. Proszę wpisać np. inscenizacje/przedstawienie, spotkania z ciekawymi ludźmi, opracowane we własnym zakresie materiały wizualne, konkursy, imprezy prozdrowotne, informacja na stronie internetowej i w mediach społecznościowych szkoły/przedszkola, itp. [↑](#footnote-ref-1)