*Pieczątka Szkoły* **Miejsce, data……………………………………**

**Sprawozdanie z realizacji programu**

**,,Znamię! Znam je?”**

**2023/2024**

***Ankietę prosimy przesłać*** *po wypełnieniu do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej we Włoszczowie do* ***7 czerwca 2024*** *r. na adres ul. Sobieskiego 38, 29-100 Włoszczowa lub drogą elektroniczną na adres: sekretariat.psse.wloszczowa@sanepid.gov.pl*

**Nazwa placówki realizującej program:**

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

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

**Koordynatorzy programu w placówce :**

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

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

**Okres realizacji programu:**

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

 **Ogólna liczba uczniów uczestniczących w programie:**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Działanie realizowane w placówce/sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Liczba uczniów****biorących udział****w poszczególnych****działaniach / klasa** | **Liczba nauczycieli biorących udziałw poszczególnychdziałaniach** | **Osoba odpowiedzialna** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| Lp. | **Działanie realizowane w placówce/sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Liczba uczniów****biorących udział****w poszczególnych****działaniach / klasa** | **Liczba nauczycieli biorących udziałw poszczególnychdziałaniach** | **Osoba odpowiedzialna** |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**Podsumowanie ankiety po zakończeniu programu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pytanie** | Liczbaodpowiedzi**Tak** | Liczbaodpowiedzi**Nie** | **Komentarz** |
| **Czy temat był ważny?**  |  |  |  |
| **Czy lekcja była ciekawa?**  |  |  |  |
| **Co było najciekawsze? Co Cię zainteresowało, zaskoczyło?**  | Najczęstsze odpowiedzi:  |  |
| **Czy wiesz jak ochronić się przed czerniakiem?**  |  |  |  |
| **Czy po powrocie do domu obejrzysz swoją skórę i będziesz stosować się do zasad ochrony przed czerniakiem?** |   |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pytanie** | Liczbaodpowiedzi**Tak** | Liczbaodpowiedzi**Nie** | **Komentarz** |
| **Czy wiesz, że solarium jest głównym czynnikiem wywołującym czerniaka?**  |  |  |  |
| **Czy znasz cechy charakterystyczne czerniaka?**  | **A ………………………………………………………………………………………….****B …………………………………………………………………………………………****C ………………………………………………………………………………………….****D ………………………………………………………………………………………….****E ………………………………………………………………………………………….** |  |
| **Czy zachęcisz rodziców, znajomych, krewnych, aby także przebadali skórę i przekażesz im zdobytą dziś wiedzę?** |  |  |  |

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

**Podpis szkolnego koordynatora programu Podpis i pieczątka dyrektora szkoły**