**KWESTIONARIUSZ DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

**„ZNAMIĘ! ZNAM JE?” w roku szkolnym 2021/2022**

**1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa szkoły | Adres szkoły | Profil szkoły |
|  |  |  |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uczniów w szkole** |  |

3.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uczniów uczestniczących w programie** |  |

4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy rodzice zostali poinformowani o programie? | Tak | Nie |

5.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba rodziców poinformowanych o programie |  | Nie dotyczy |

6.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy program przeprowadzono zgodnie ze scenariuszem | Tak | Nie |

7.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy były prowadzone dodatkowe formy realizacji programu? | | Tak | Nie |
| **Jeżeli Tak, proszę zakreślić poniżej** | Liczba działań | Odbiorcy | Liczba odbiorców |
| a) Wykład / Pogadanka / Prezentacja |  |  |  |
| b) Przedstawienia/Wystawy |  |  |  |
| c) Konkursy |  |  |  |
| Inne........................................ |  |  |  |

8. Zaangażowanie uczniów w ocenie nauczyciela

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala*(skala: 2 – ocena najniższa, 5 – ocena najwyższa, proszę zaznaczyć odpowiednią ocenę zakreślając ją X)* | 2 niedostateczne | 3 dostateczne | 4  dobre | 5  bardzo dobre |
| Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu |  |  |  |  |

9. Ocena programu na podstawie Ankiety uczniów. **Liczba przeprowadzonych ankiet:…………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W tabeli poniżej proszę określić podsumowane liczbowo, wybrane odpowiedzi (1,4,6,8) z ankiety uczniów** | TAK | NIE |
| Czy temat był ważny? (1) |  |  |
| Czy wiesz jak chronić się przed czerniakiem? (4) |  |  |
| Czy wiesz, że solarium jest głównym czynnikiem wywołującym czerniaka? (6) |  |  |
| Czy zachęcisz rodziców, znajomych, krewnych, aby także przebadali skórę i przekażesz im zdobytą dziś wiedzę? |  |  |

*W odpowiednich polach proszę podać liczbę odpowiedzi twierdzących i przeczących*

10. Czy program będzie kontynuowany w Państwa szkole? *(proszę zaznaczyć znakiem* ***X****”)*

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

11. Czy nawiązano współpracę z instytucjami, partnerami w realizacji programu TAK NIE

Proszę wymienić partnerów:

12. Dodatkowe informacje o realizacji programu, w tym: propozycja zmian związanych z organizacją programu lub jego zawartością merytoryczną:

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

…………………………………………………………………………….

*Podpis nauczyciela sporządzającego informację*

Wypełniony druk prosimy odesłać do:

pocztą na adres: **Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowym Sączu  
ul. Czarnieckiego 19 , 33-300 Nowy Sącz**

e-mailem na adres: [dawid.mordarski@sanepid.gov.pl](mailto:dawid.mordarski@sanepid.gov.pl) nr tel.: 18 540 20 11 (wew. 37) w terminie do dnia: **24.06.2022 r.**