|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informacja z realizacji****Przedszkolnego Programu Edukacji Antytytoniowej** **pt. „CZYSTE POWIETRZE WOKÓŁ NAS”**  |

Szanowni Państwo,

 Uprzejmie proszę **Przedszkolnego/ Szkolnego Realizatora** programu „Czyste Powietrze Wokół Nas” o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego działań podejmowanych w ramach realizacji ww. programu.

 W pytaniach zamkniętych proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi znakiem **„X**”, w przypadku pytań otwartych w miejsce kropek należy wpisać odpowiedź. Uzyskane od Państwa informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

Dziękuję za wypełnienie ankiety.

 **Mazowiecki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny**

**KWESTIONARIUSZ**

**DLA PRZEDSZKOLNEGO REALIZATORA PROGRAMU**

Nazwa i adres placówki:

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

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

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

1. **Rok szkolny realizacji programu:**

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

1. **Liczba grup przedszkolnych / Liczba oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych uczestniczących w programie**

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

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

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

**w tym,**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liczba dzieci |
| dzieci 5-letnie |  |
| dzieci 6-letnie  |  |
| inna grupa (jaka?) |  |

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  |  |

**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 |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

1. **Proszę krótko podsumować realizację programu w placówce i przedstawić wnioski.**

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

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

*Niniejszy druk prosimy odesłać w terminie* ***do 10.06………r.***

*Pocztą na adres: Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Radomiu*

 *ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D, 26 – 601 Radom*

*z dopiskiem Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia*

*lub e- mailem na adres: oswiata.radom@psse.waw.pl*