

Arkusz sprawozdawczo-ewaluacyjny dla koordynatora szkolnego

dotyczący realizacji w roku szkolnym 2024/2025

programu edukacji zdrowotnej **Podstępne WZW**



FUNDACJA
GWIAZDA
NADZIEI

Pełna nazwa szkoły:				
Dokładny adres szkoły:				
Telefon:				
Gmina, powiat:				
Imię i nazwisko koordynatora szkolnego:				
Typ / profil klas	Liceum	Technikum	Zasadnicza szkoła zawodowa	Inny (jaki):
Liczba klas realizujących program				
Liczba uczniów w klasach realizujących program				

1. Czy rodzice zostali poinformowani o realizacji programu **Podstępne WZW**?

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X.

NIE

☐

TAK

☐

2. Czy rodzice brali udział w realizacji programu?

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X.

Jeśli TAK, proszę wskazać w jaki sposób oraz wpisać liczbę rodziców?

NIE

TAK

Liczba rodziców

3. Ocena programu i jego rezultatów.

Proszę zaznaczyć odpowiedź jako X w skali ocen od najniższej 0 do najwyższej 6:

Kryteria oceny:	0	1	2	3	4	5	6
Materiały programowe							
Treści merytoryczne							
Wzrost świadomości i wiedzy wśród uczniów							

4. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania?

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X. Jeśli TAK, proszę je wymienić.

NIE

TAK

5. Czy program będzie realizowany w kolejnym roku szkolnym.

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X.

TAK

NIE

NIE WIEM

6. Uwagi dotyczące realizacji programu:

Data wypełnienia arkusza

Podpis koordynatora szkolnego

**Formularz zbiorczy ankiety ewaluacyjnej przeprowadzonej wśród uczniów
po zakończeniu realizacji programu *Podstępne WZW*
2022/2023**

Liczba zwróconych ankiet: _____

1. Proszę wypisać 3 najciekawsze zakończenia poniższych zdań:
W czasie zajęć uświadomiłam (em) sobie, że...

W czasie zajęć dowiedziałam (em) się, że...

Podobało mi się...

Chciał(a)bym dowiedzieć się więcej o.....

2. Czy treści dotyczące zakażenia HCV i HBV oraz zasad profilaktyki w tym zakresie są dla Ciebie ważne?

TAK	CZĘŚCIOWO	WCALE	brak odpowiedzi

3. Czy uważasz, że warto o problemie zakażenia HBV oraz HCV i wywoływanego przez nie wirusowego zapalenia wątroby typu B i C rozmawiać z najbliższymi?

TAK	NIE	NIE WIEM	brak odpowiedzi

4. Czy zajęcia były dla Ciebie interesujące? (1 – nieinteresujące, 5 – bardzo interesujące)

1	2	3	4	5	brak odpowiedzi

5. Czy jesteś:

DZIEWCZYNĄ	CHŁOPCEM	brak odpowiedzi

w wieku:

16 LAT	17 LAT	18 LAT	19 LAT	POWYŻEJ 19 LAT	brak odpowiedzi

