



**Informacja z realizacji programu profilaktyki palenia
tytoniu dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej**

i uczniów gimnazjum

„Znajdź Właściwe Rozwiązanie”

2024/2025

Szanowni Państwo,

Uprzejmię proszę **Szkolnego Realizatora** programu „Znajdź Właściwe Rozwiązanie” o wypełnienie kwestionariusza dotyczącej 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 własną odpowiedź. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Główny Inspektor Sanitarny

KWESTIONARIUSZ DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU

Nazwa i adres szkoły:

.....
.....

1. Liczba uczniów uczestniczących w programie:
w tym, w klasach: (proszę wymienić liczbę uczniów)

	Liczba uczniów
Szkoła podstawowa	
IV	
V	
VI	
VII	
VIII	
Inne klasy/grupy (jakie?)	

2. Czy rodzice brali udział w działaniach realizowanych w ramach programu?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Tak (jakich?)	
Nie (Przejdź do pytania 5)	

3. Liczba rodziców biorących udział w programie ogółem:

4. Czy do pomocy w prowadzeniu zajęć programowych zaangażowane zostały organizacje młodzieżowe i liderzy zdrowia? (odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Tak	
Nie	

5. W jaki sposób przebiegała realizacja programu?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Program został zrealizowany w formie zaproponowanych 5 zajęć warsztatowych (przejdź do pytania 8).	
Program został zmieniony lub nie zrealizowano go w całości.	

6. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania?

(odpowiedzi **Tak/Nie** proszę zaznaczyć znakiem „X”, jeśli będzie to możliwe, proszę podać również odpowiednie liczby działań, uczestników oraz określić odbiorców)

Tak			
W tym:	Liczba działań	Liczba uczestników	Odbiorcy
a) Wykłady/Prelekcje/ Pogadanki/Prezentacje			
b) Imprezy środowiskowe/ Przedstawienia/Wystawy			
c) Konkursy			
d) Projekcje filmu			
Inne (jakie?)			

.....			
Nie			

7. Czy program będzie kontynuowany w Państwa placówce?

(odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem „X”)

Tak	
Nie	
Nie wiem	

8. Dodatkowe informacje o realizacji programu (w tym: propozycja zmian związanych z organizacją programu lub jego zawartością merytoryczną, koalicjanci, partnerzy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy bardzo!