**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI XI EDYCJI PROGRAMU**

**„PODSTĘPNE WZW”**

**Rok szkolny …..**

**W SZKOŁACH PONADPODSTAWOWYCH**

Szanowni Państwo,

 uprzejmie proszę **Szkolnego Koordynatora** programu „Podstępne WZW”
o wypełnienie ankiety sprawozdawczej dot. działań podejmowanych w ramach realizacji programu.

Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów działań, a przedstawione wnioski pozwolą
na udoskonalenie kolejnej edycji programu.

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza ankiety.

 *Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny*

1. **GRUPA DOCELOWA**

Uczniowie ze szkoły…………………………………………………………….

 *(nazwa szkoły)*

Ogółem edukacją objęto ……….…………….. uczniów

 *(liczba uczniów)*

Ponadto edukowano *(kogo?)* ……….……………….……….

Liczba edukowanych osób /*nie* licząc uczniów, rodziców i opiekunów/…………….

1. **RAMY CZASOWE**

……………………………………………………………

1. **KOORDYNATOR REALIZATORZY PARTNERZY**

**Koordynator szkolny** ……….……….……….……….……….……….……….……….…

**Czy koordynator szkolny brał udział w szkoleniu organizowanym przez
WSSE w Katowicach /***aktualnie**i**w latach**ubiegłych***/?** (właściwe zakreślić kółkiem)

TAK NIE

**Realizatorzy programu w szkole** (liczba osób)

1. nauczyciele biologii ………
2. pielęgniarki środowiska szkolnego ………..
3. inni (kto?) ………

Ogółem program w szkole realizowało ………… osób

**Partnerzy** (kto i w jakim zakresie)…………………………………………………… ……

……………………………………………………………………………………………….

1. **ILU RODZICÓW ZOSTAŁO POINFORMOWANYCH O PROGRAMIE ………………**
2. **CZY PROGRAM BYŁ ROZSZERZONY O DODATKOWE DZIAŁANIA**
3. **Tak (jakie?)** ……………………………………………………………………………

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

1. **Nie**
2. **OCENA PROGRAMU (skala: 1- ocena najniższa, 6 - ocena najwyższa)**

**a)** Odbiór programu przez uczniów 1 2 3 4 5 6

**b)** Ocena programu przez szkolnych realizatorów 1 2 3 4 5 6

**c)** Ocena pomocy dydaktycznych dla realizatorów 1 2 3 4 5 6

1. **PODSUMOWANIE PROGRAMU I WNIOSKI**

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

1. **CZY WIDZĄ PAŃSTWO POTRZEBĘ KONTYNUACJI PROGRAMU
W NASTĘPNYM ROKU SZKOLNYM**
2. **Tak**
3. **Nie**

 *Sporządził/a…………………*

 *Data…………………………*

Niniejszy druk proszę odesłać na adres:

Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Bytomiu

pocztą na adres: 41-902 Bytom, ul. Moniuszki 25

lub e-mailem na adres: **oz@psse.bytom.pl**