**Arkusz sprawozdawczo-ewaluacyjny dla koordynatora szkolnego**dotyczący realizacji w roku szkolnym 2024/2025   
I edycji programu edukacyjnego ***Wybierz życie. Pierwszy krok.***

|  |  |
| --- | --- |
| Obraz zawierający tekst  Opis wygenerowany automatycznie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa szkoły: | **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | |
| Dokładny adres szkoły: | **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | |
| Telefon: | **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | |
| Gmina, powiat: | **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | |
| Imię i nazwisko koordynatora szkolnego: | **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | |
| Typ / profil klas | | Liceum | Technikum | Szkoła branżowa | Inny (jaki):  **………………………………………………………………** |
| Liczba klas realizujących program | |  |  |  |  |
| Liczba uczniów  w klasach realizujących program | |  |  |  |  |

1. Ocena programu i jego rezultatów**.** Proszę zaznaczyć odpowiedź jako X.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny:** | **Bardzo duże** | **Duże** | **Przeciętne** | **Małe** | **Bardzo małe** |
| Jak ocenia Pan/Pani swoje zadowolenie z przeprowadzonych zajęć? |  |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/Pani zainteresowania uczniów przeprowadzonymi zajęciami? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny:** | **Tak** | **Raczej tak** | **Nie wiem** | **Raczej nie** | **Nie** |
| Czy Pana/Pani zdaniem wiedza przekazana w trakcie zajęć, będzie przydatna uczniom w ich codziennym życiu? |  |  |  |  |  |
| Czy treść zajęć była dla uczniów zrozumiała? |  |  |  |  |  |
| Czy uczniom podobała się zaproponowana forma zajęć (prezentacja, quiz)? |  |  |  |  |  |
| Czy uczniowie brali aktywny udział w zajęciach? |  |  |  |  |  |

1. Czy pojawiły się pytania dotyczące tematyki HPV i raka szyjki macicy, na które nie znał/znała Pan/Pani odpowiedzi?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIE |  | TAK |  |

Jeśli tak, to jakie?

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

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

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

1. Które z omawianych treści były dla uczniów najbardziej interesujące?

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

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

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

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

1. Czy program będzie realizowany w kolejnym roku szkolnym.   
   Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  | NIE |  | NIE WIEM |  |

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

Data wypełnienia arkusza Podpis koordynatora szkolnego