**Arkusz sprawozdawczo-ewaluacyjny dla koordynatora szkolnego**dotyczący realizacji w roku szkolnym 2024/2025   
programu edukacji zdrowotnej ***Podstępne WZW***

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

1. 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 |  |

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

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

1. 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 |  |  |  |  |  |  |  |

1. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania?  
   Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem X. Jeśli TAK, proszę je wymienić.

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

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

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

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

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

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

1. 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…..**

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TAK | CZĘŚCIOWO | WCALE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |  |

1. 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 |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | brak odpowiedzi |
|  |  |  |  |  |  |

1. Czy jesteś:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DZIEWCZYNĄ | CHŁOPCEM | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

w wieku:

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