***„Zdrowie psychiczne. radzenie sobie ze stresem”***

**ARKUSZ SPRAWOZDAWCZO-EWALUACYJNY   
DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

**EDYCJA PILOTAŻOWA 2024/2025**

NAZWA I ADRES SZKOŁY: ………………………………………………………………………………………

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

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba klas w programie: |  |
| Liczba uczniów w programie: |  |
| Liczba rodziców, którzy zapoznali się z treścią listu intencyjnego: |  |

1. **PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU**

Czy program został zrealizowany w całości, zgodnie z założeniami? (TAK/NIE)

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

Ocena programu. Proszę zaznaczyć odpowiedź X.

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

O jakie działania został wzbogacony program?

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

Co można dodać do programu lub zmienić? Sugestie i uwagi:

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

Czy program będzie realizowany w kolejnym roku szkolnym? Proszę zaznaczyć odpowiedź X.

TAK NIE NIE WIEM

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

…………………………………………………………

Data i podpis koordynatora