

KWESTIONARIUSZ DLA KOORDYNATORA SZKOLNEGO
programu edukacyjnego „Kryształowy uśmiech mam, bo o zęby dbam”
w roku szkolnym 2024/2025

Upzejmie prosimy szkolnego koordynatora programu „Kryształowy uśmiech mam, bo o zęby dbam” o przedstawienie informacji o działaniach podejmowanych w ramach realizacji programu oraz wyrażenie swojej opinii na ten temat. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektów podejmowanych działań oraz udoskonalania kolejnych edycji programu.

Wybrane odpowiedzi prosimy zaznaczyć, a w pytaniach z wy kropkowanym miejscem prosimy wpisać własną odpowiedź.

Dziękujemy

1. Szkoła

.....

.....

2. Liczba uczniów / klas uczestniczących w programie

Szkoła	Klasa I	Klasa II	Klasa III	Razem
Liczba wszystkich uczniów w szkole (klasy I, II, III)				
Liczba klas biorących udział w programie				
Liczba uczniów biorących udział w programie				
Inne osoby edukowane w ramach programu (podać kto, z wyłączeniem rodziców)				
Liczba innych osób edukowanych w ramach programu				

3. Ramy czasowe

4. Koordynator / realizatorzy / partnerzy

• Koordynator

Koordynator szkolny (np. pedagog szkolny, nauczyciel biologii)	
---	--

	TAK	NIE
Czy koordynator szkolny brał udział w szkoleniu organizowanym przez PSSE		
Czy koordynator szkolny był przeszkolony podczas instruktażu indywidualnego przez PSSE		
Czy koordynator szkolny brał udział w szkoleniu organizowanym przez WSSE		

• Realizatorzy

Realizatorzy programu w szkole	Liczba osób
pedagog szkolny	
nauczyciel biologii	
pielęgniarka środowiska szkolnego	
wychowawca klasy	
Inni (kto?)	
Ogółem realizowało	

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

.....

.....

.....

5. Udział rodziców w programie

	TAK	NIE
Czy rodzice zostali poinformowani o realizacji programu		
W jaki sposób rodzice zostali poinformowani o programie		
Liczba rodziców poinformowanych o programie		

* proszę podać liczbę rodziców

6. Przebieg realizacji programu

	TAK	NIE
Czy program został zrealizowany w całości		
Zajęcia dla uczniów prowadzone były wg scenariusza autorów programu		
Jeżeli zajęcia nie były prowadzone wg scenariusza autorów programu		
Proszę podać powody:		
.....		
Brak odpowiedzi		

7. Czas poświęcony na realizację programu

	1 – 2 godziny	3 – 4 godziny	powyżej 4 godzin
Ile godzin lekcyjnych poświęcono na realizację programu w jednej klasie			

8. Czy program był rozszerzony o dodatkowe działania

TAK (wymienić jakie)
NIE

9. Ocena programu (skala 1 – ocena najniższa, 6 – ocena najwyższa)

	1	2	3	4	5	6
Odbiór programu przez uczniów						
Ocena programu przez szkolnych realizatorów						
Ocena pomocy dydaktycznych dla realizatorów						

10. Podsumowanie programu i wnioski

.....

.....

.....

.....

.....

11. Kontynuacja programu

	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy widzą Państwo potrzebę kontynuacji tematyki w następnym roku szkolnym			

.....
podpis koordynatora szkolnego