**KWESTIONARIUSZ DLA SZKOLNEGO KOORDYNATORA PROGRAMU**

**„Podstępne WZW” w roku szkolnym 2017 / 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Nazwa szkoły | Adres szkoły | Profil szkoły |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.**Liczba uczniów w szkole** |  |
| 3. **Liczba uczniów uczestniczących w programie** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Czy rodzice zostali poinformowani o programie? | Tak | Nie |
| 5. Liczba rodziców poinformowanych |  | Nie dotyczy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. Czy nawiązano współpracę z innymi partnerami lub instytucjami podczas realizacji programu? | Tak | Nie |

Jeśli tak, należy wymienić wszystkich partnerów.

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. Czy program przeprowadzono zgodnie ze scenariuszem | Tak | Nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. Czy były prowadzone dodatkowe formy realizacji programu? | | Tak | Nie |
| Jeżeli Tak, proszę wypełnić poniżej | Liczba działań | Odbiorcy | Liczba odbiorców |
| a) Wykład / Pogadanka / Prezentacja |  |  |  |
| b) Przedstawienia/Wystawy |  |  |  |
| c) Konkursy |  |  |  |
| Inne, jakie........................................ |  |  |  |

9. Zaangażowanie uczniów w ocenie nauczyciela

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala*(skala: 2 – ocena najniższa, 5 – ocena najwyższa, proszę zaznaczyć odpowiednią ocenę zakreślając ją X)* | 2 niedostateczne | 3 dostateczne | 4  dobre | 5  bardzo dobre |
| Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu |  |  |  |  |

**10. Ocena programu na podstawie Ankiety uczniów.**

10.1. Liczba przeprowadzonych ankiet:…………

10.2. Czy temat był ważny? (pytanie nr 2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak | częściowo | wcale |
| Ilość odpowiedzi |  |  |  |

10.3 Czy warto rozmawiać o problemie zakażenia HBV i HCV z najbliższymi? (pytanie nr 3)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak | nie | nie wiem |
| Ilość odpowiedzi |  |  |  |

10.4. Czy zajęcia były interesujące? (pytanie nr 4)

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

\*zakładając, że odpowiedź 1. oznacza – nie interesujące, natomiast odpowiedź 5. oznacza – bardzo interesujące

11. Czy program będzie kontynuowany w Państwa szkole? *(proszę zaznaczyć znakiem* ***X****”)*

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie wiem |  |

12. Dodatkowe informacje o realizacji programu, w tym: propozycja zmian związanych z organizacją programu lub jego zawartością merytoryczną:

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

…………………………………………………………………………….

*Podpis nauczyciela sporządzającego informację*