**Arkusz sprawozdawczo-ewaluacyjny dla koordynatora szkolnego**dotyczący realizacji w roku szkolnym   
programu edukacji zdrowotnej ***Znamię! Znam je?***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa szkoły: |  | | | | | |
| Dokładny adres szkoły: |  | | | | | |
| Telefon do szkoły: |  | | | | | |
| Gmina, powiat: |  | | | | | |
| Imię i nazwisko koordynatora szkolnego: |  | | | | | |
| Typ / profil klas | SP VII | SP  VIII | 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 *Znamię! Znam je?*

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 podać 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| Zainteresowanie uczniów |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 *Znamię! Znam je?***

**II edycja programu 2019 / 2020**

**Liczba zwróconych ankiet: ……………………………….**

1. Czy temat był ważny?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

1. Czy lekcja była ciekawa?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

1. Co było najciekawsze? Co Cię zainteresowało, zaskoczyło?   
   Proszę o wskazanie 3 najciekawszych odpowiedzi.

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

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

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

1. Czy wiesz jak ochronić się przed czerniakiem?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

1. Czy po powrocie do domu obejrzysz swoją skórę   
   i będziesz stosować się do zasad ochrony przed czerniakiem?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

1. Czy wiesz, że solarium jest głównym czynnikiem wywołującym czerniaka?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |

1. Czy znasz cechy charakterystyczne czerniaka? Proszę wpisać liczbę poprawnych odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A | B | C | D | E |
|  |  |  |  |  |

1. Czy zachęcisz rodziców, znajomych, krewnych, aby także przebadali skórę   
   i przekażesz im zdobytą dziś wiedzę?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | brak odpowiedzi |
|  |  |  |