

SERCE NA START

Ankieta dotycząca programu SERCE NA START

1. Nazwa placówki oświatowej:.....

.....

2. Kierownik szkolenia (imię, nazwisko, adres korespondencyjny, telefon, e-mail):

.....

3. Nauczyciele prowadzący zajęcia:

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko.....

4. Ilość godzin przeznaczonych na realizację programu w poszczególnych klasach:

- klasy I :.....

- klasa II :.....

- klasa III:.....

- klasa IV:.....

- klasa V :.....

- klasa VI :.....

- przedszkole:.....

- gimnazjum :.....

- inne :.....

5. Czy odbyły się zajęcia praktyczne z fantomami(tak/nie):.....

Jeżeli tak, to:

a) ilość godzin przeznaczonych na zajęcia praktyczne:

b) które klasy uczestniczyły w zajęciach praktycznych:.....

Jeżeli nie, to :

a) z jakich powodów nie odbyły się zajęcia praktyczne:

.....

b) czy planujecie państwo takie zajęcia w przyszłym roku szkolnym:.....

6. Ilość dzieci przeszkolonych w programie SERCE NA START:

- klasy I :.....

- klasa II :.....

- klasa III:.....

- klasa IV:.....

- klasa V :.....
- klasa VI :.....
- przedszkole:.....
- gimnazjum :.....
- inne :.....

7. Czy jednostka oświatowa jest zainteresowana kontynuowaniem programu w następnym roku szkolnym:

a) nauczyciele, którzy chcieliby wziąć udział w szkoleniu:.....
.....
.....

b) ilość dzieci, które zostaną objęte programem (z jakich klas):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....