

چک لیست ارزیابی برنامه تمرینات کششی در کلاس

لطفاً اطلاعات زیر توسط مراقب سلامت پایگاه سلامت جامعه تکمیل گردد:

۱- نام مرکز/پایگاه : ۴- نام و نام خانوادگی مراقب سلامت:

۲- نام مدرسه (مقطع/جنسیت): ۵- تعداد کلاس مجری برنامه:

۳- تاریخ تکمیل چک لیست: ۶- تعداد دانش آموزان مجری برنامه :

ردیف	سوال	بازدید اول		بازدید دوم	
		بلی	خیر	بلی	خیر
۱	آیا کلاس های مجری برنامه، پوستر تمرینات کششی دریافت نموده اند؟				
۲	آیا پوستر تمرینات کششی در محل مناسب در کلاس نصب گردیده است؟				
۳	آیا نور کلاس جهت دیدن پوستر کافی می باشد؟				
۴	آیا فضای کلاس مناسب جهت انجام تمرینات کششی می باشد؟				
۵	آیا حرکات کششی با مجری گری معلم انجام می گیرد؟				
۶	آیا حرکات کششی با مجری گری دانش آموز انجام می گیرد؟				
۷	آیا مجری حرکات کششی (معلم/دانش آموز) را به درستی انجام می دهند؟				
۸	آیا دانش آموزان حرکات کششی را به درستی انجام می دهند؟				
۹	آیا اهمیت تمرینات کششی در کلاس جهت دانش آموزان ارائه گردیده است؟				
۱۰	آیا حرکات کششی حداقل در دوزنگ انجام می شود؟				
۱۱	آیا مدیر مدرسه نسبت به تمرینات کششی توجه می باشد؟				
۱۲	آیا معلمان آموزش های لازم برای تمرینات کششی را گذرانده اند؟				

*معلم برای ترغیب دانش آموزان فعالیت های فوق برنامه (اجرای موسیقی هنگام نرمشهای کششی - آموزش.....) انجام داده است؟ با ذکر نام

فرم گزارش مراقب سلامت پایگاه سلامت جامعه از اجرای برنامه در مدارس تحت پوشش

جلسات آموزشی						مجری گری دانش آموز		مجری گری معلم		تعداد کلاس دارای پوستر	تعداد کلاس مدرسه	جنسیت	مقطع	نام مدرسه مجری	ردیف
والدین		مربیان		دانش آموز		بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول						
بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول										
															۱
															۲
															۳
															۴
															۵

مرکز / پایگاه:

نام نام خانوادگی تنظیم کننده فرم:

