



zdecydowanie tak    raczej tak    trudno powiedzieć    raczej nie    zdecydowanie nie

## II. DYDAKTYCZNA STRONA SPOTKANIA:

5. Jak ocenia Pan/Pani kompetencje osób prowadzących spotkanie?

bardzo wysoko    wysoko    średnio    nisko    bardzo nisko

6. Czy w trakcie zajęć miał/-a Pan/Pani możliwość uzyskania odpowiedzi na swoje pytania?

zdecydowanie tak    raczej tak    trudno powiedzieć    raczej nie    zdecydowanie nie

7. Czy sposób prowadzenia zajęć wg Pana/Pani sprzyjał otwartej komunikacji i dobrej atmosferze?

zdecydowanie tak    raczej tak    trudno powiedzieć    raczej nie    zdecydowanie nie

8. Czy wg Pana/Pani sposób prowadzenia zajęć wywoływał aktywność i współpracę uczestników/uczestniczek?

zdecydowanie tak    raczej tak    trudno powiedzieć    raczej nie    zdecydowanie nie

## III. MOCNE I SŁABE STRONY ZAJĘĆ:

Proszę wymienić 3 mocne strony spotkania

Proszę wymienić 3 słabe strony spotkania

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

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

## IV. ORGANIZACYJNA STRONA ZAJĘĆ – WARUNKI SPOTKANIA:

9. Jak ocenia Pan/Pani warunki pracy podczas spotkania (sala, oświetlenie, temperatura)?

bardzo wysoko    wysoko    średnio    nisko    bardzo nisko

10. Jak ocenia Pan/Pani miejsce realizacji spotkania (położenie, obiekt)

bardzo wysoko    wysoko    średnio    nisko    bardzo nisko

11. Uwagi lub sugestie dot. dni/godzin realizacji spotkania:

.....  
.....

## V. DODATKOWE INFORMACJE

Jakie uwagi, wnioski lub dodatkowe informacje chciałby/chciałaby Pan/Pani przekazać organizatorom?

.....  
.....

## VI. METRYCZKA

Płeć:                       kobieta    mężczyzna

Gmina zamieszkania: .....