**Sprawozdanie z realizacji Programu Lubuskiego Kuratora Oświaty**

***Spełniaj marzenia –sięgaj gwiazd* za rok szkolny 2024/2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nazwa i adres szkoły, nr telefonu*** | | |
| ***Opis sposobu przeprowadzenia diagnozy predyspozycji, uzdolnień dzieci i młodzieży .*** | | |
| ***I. Tytuł działania/ zadania realizowanego w ramach programu LKO\**** | | |
| 1. | Cele działania/zadania |  |
| 2. | Czas realizacji |  |
| 3.. | Grupa wiekowa *(przedszkole, szkoła podstawowa, szkoła ponadpodstawowa*) |  |
| 4. | Liczba dzieci/ uczniów objęta działaniem |  |
| 5. | Podmioty/instytucje wspierające realizację |  |
| 6. | Opis działania/zadania |  |
| 7. | Uzyskane efekty |  |
| ***II. Tytuł działania/ zadania realizowanego w ramach programu LKO*** | | |
| 1. | Cele działania/zadania |  |
| 2. | Czas realizacji |  |
| 3. | Grupa wiekowa *(przedszkole, szkoła podstawowa, szkoła ponadpodstawowa*) |  |
| 4. | Liczba dzieci/ uczniów objęta działaniem |  |
| 5. | Podmioty/instytucje wspierające realizację |  |
| 6. | Opis działania/zadania |  |
| 7. | Uzyskane efekty |  |
| ***III. Tytuł działania/ zadania realizowanego w ramach programu LKO*** | | |
| 1. | Cele działania/zadania |  |
| 2. | Czas realizacji |  |
| 3. | Grupa wiekowa *(przedszkole, szkoła podstawowa, szkoła ponadpodstawowa*) |  |
| 4. | Liczba dzieci/ uczniów objęta działaniem |  |
| 5. | Podmioty/instytucje wspierające realizację |  |
| 6. | Opis działania/zadania |  |
| 7. | Uzyskane efekty |  |
| ***Sposób ewaluacji*** | | |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| ***Wnioski do dalszej pracy*** | | |
| 1. |  | |
| 2. |  | |

…………………………………………………….

*Pieczęć i podpis dyrektora*

\*Należy powielić tyle razy, ile zadań zostało zrealizowanych w ramach Programu