

Data.....

SZKOŁA RODZENIA

Adres/ tel.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SZKOŁY RODZENIA

1. Okres sprawozdawczy: **I półrocze / II półrocze** r.

2. System prowadzonej szkoły rodzenia:

- otwarty
- zamknięty

Data rozpoczęcia i zakończenia kursu / cyklu szkoleniowego	Liczba grup

3. Ogólna liczba osób uczęszczających do szkoły rodzenia w okresie sprawozdawczym w tym:

- liczba kobiet ciężarnych
- liczba osób towarzyszących

4. Realizacja zajęć teoretycznych:

Lp.	Osoby prowadzące zajęcia	Liczba przepracowanych godzin w okresie sprawozdawczym
1.	położna / dietetyk	
2.	lekarz ginekolog / anestezjolog	
3.	lekarz pediatra / neonatolog	
4.	psycholog / socjolog / pedagog	
Ogółem godzin		

5. Realizacja ćwiczeń gimnastycznych:

Lp.	Osoby prowadzące zajęcia	Liczba przepracowanych godzin w okresie sprawozdawczym
1.	położna	
2.	mgr rehabilitacji	
Ogółem godzin		

6. Kwalifikowanie kobiet ciężarnych do udziału w zajęciach:

Data rozpoczęcia i zakończenia kursu / cyklu szkoleniowego	Liczba kobiet ciężarnych rozpoczynających zajęcia		
	w 25-29 tygodniu trwania ciąży	po zakończonym 30 tygodniu trwania ciąży	przed rozpoczęciem 24 tygodniem trwania ciąży
Ogółem			

7. Udział kobiet ciężarnych w prowadzonych zajęciach

Data rozpoczęcia i zakończenia kursu / cyklu szkoleniowego	Grupa	Liczba kobiet ciężarnych uczestniczących w zajęciach teoretycznych	Liczba kobiet ciężarnych uczestniczących w ćwiczeniach gimnastycznych	Liczba kobiet ciężarnych uczestniczących w zajęciach:			
				20 razy	15-19 razy	10-14 razy	mniej niż 10 razy
	1						
	2						

podpis osoby sporządzającej sprawozdanie