

Umsókn

Heilsueflandi grunnskóli

www.landlaeknir.is/heilsueflandiskoli

Smellið bendli á línurnar, fyllið út í tölvunni, prentið, skólastjóri undirritar eigin hendi og sendið Embætti landlæknis

Fyrir hönd grunnskólans er hér með óskað eftir þátttöku í þróunarstarfi um *Heilsueflandi grunnskóla*.

Nafn skóla: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Heimasíða: _____

Frekari upplýsingar um skólann

Fjöldi nemenda: _____ Aldur nemenda: _____ Földi árganga: _____

Fjöldi kennara: _____ Fjöldi annarra starfsmanna: _____

Hefur skólahjúkrunarfræðingur fasta viðveru við skólann?

Nei Já, hve oft? _____

Nafn tengiliðar skóla við Embætti landlæknis: _____

Starf tengiliðar: _____

Símar: _____ Netfang: _____

Um verkefnið

Þátttaka skóla í þróunarstarfi um *Heilsueflandi grunnskóla* felur m.a. í sér að **skólinn tilnefnir tengilið við Embætti landlæknis**, skipar stýrihóp sem er ábyrgur fyrir framgangi starfsins og að *Heilsueflandi grunnskóli* eigi sér sess í námsskrá skólans. Samsetning stýrihópsins skal endurspeglar skólasamfélagið s.s. skólastjórnendur, kennara, aðra starfsmenn, foreldra, nemendur og nærsamfélagið. Sérstök áhersla er á að nemendur eigi þar fulltrúa. Þátttakan felur einnig í sér að fylla árlega út form sem Embætti landlæknis útbýr þar sem fram kemur verkefnaáætlun fyrir starfið framundan og mat á framvindu liðins árs.

Embætti landlæknis leggur til handbókina *Heilsueflandi grunnskóli* og frekara stuðningsefni. Ef þess er óskað heimsækir ráðgjafi skólann til að styðja við innleiðingu.

Staður: _____ Dagsetning: _____

Undirskrift skólastjóra

Nafn: _____

