**关于做好2019年创建《江苏省健康促进学校》申报工作的通知**

各相关学校：

江苏省健康促进学校创建工作的通知省已于近期下发，根据前几年学校创建情况，下列学校（见附件1）已达到江苏省健康促进学校相应级别的创建时间要求，请相关学校对照创建要求及时上报材料，并积极做好创建准备工作，具体要求如下：

一、材料上报

各校请于2019年10月9日前将《江苏省健康促进学校申报表》（见附件2）报送区教育局医务室，邮箱yws\_012@163.com,联系人：洪巧一。

二、创建要求

各创建学校认真执行《江苏省中小学健康促进学校创建标准》(2015 年版)，提供申请表，创建汇报文字稿，准备创建台帐，创建汇报PPT。

创金牌的学校由省组织专家评审组，银牌、铜牌学校由辖市区认定，采取书面审查，现场考察等方式组织评审。

金坛区教育局医务室

二O一九年十月八日

附：1、创建江苏省健康促进学校名单

2、《江苏省健康促进学校申报表》

附件1

**创建江苏省健康促进学校名单**

**创建金牌学校**：

江苏省金坛中等专业学校、金坛区华罗庚实验学校

**创建银牌学校**：

金坛区河头小学、金坛区河头中学、金坛区水北小学、

金坛区西岗小学、金坛区青少年体校、金坛区汤庄小学、

金坛区常胜小学、金坛区明珍实验学校、金坛区水北中学、

金坛区白塔小学、金坛区茅麓中学、金坛区五叶小学、

金坛区后阳小学、金坛区建昌小学、金坛区罗村小学、

金坛区茅麓小学、金坛区社头小学、金坛区涑渎小学、

金坛区西旸小学、金坛区洮西小学、金坛区花山小学、

金坛区西岗中学

**创建铜牌学校**：

金坛区良常实验小学、金坛区良常中学

附件2：江苏省健康促进学校申报表

申报学校（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、学校基本情况 | 申报学校全称 | | | |  | | | | | | 申报等级 | | | |  | | |
| 学校地址 | | | |  | | | | | | 已获奖牌的种类及日期 | | | |  | | |
| 校长姓名 | | | | | 联系电话 | | | | | | | E-mail | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 校医室姓名 | | | | | 联系电话 | | | | | | | E-mail | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 在校生数 |  | | | | 专职健康教育教师  或保健教师数 | | | |  | | | 教职工数 | | | |  |
| 学校是否已被当地卫生部门命名为无烟学校？ | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 创建期间，学校 | | | | | | 是否发生过集体食物中毒？ | | | | | |  | | | | |
| 是否发生过传染病暴发流行？ | | | | | |  | | | | |
| 是否发生过学生和教职工的重大伤残或死亡等意外事故？ | | | | | |  | | | | |
| 二、学校创建情况 | 创建工作领导小组 | | 成立时间 | | | | |  | 创建工作实施小组 | | | 成立时间 | | | |  | |
| 组长姓名 | | | | |  | 小组成员数 | | | |  | |
| 组长在学校担任的职务 | | | | |  | 小组成员分别来自哪些部门？ | | | |  | |
| 是否做过基线调查？ | | |  | | | | | 是否已制定创建工作计划？ | | | | |  | | | |
| 一年中召开创建工作会议次数 | | | 有无会议记录？ | | | | | 一年中组织健康促进活动次数 | | | | | 有无照片？ | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| 创建工作资料是否设有专人管理？ | | | | | | | 创建工作资料是否分门别类、建立档案？ | | | | 对照评价标准创建工作档案是否完整？ | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 三、学校申报简要理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四、市教育局审核意见 | 公章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五、市卫生局审核意见 | 公章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 六、省级专家组审查意见 | 组长签名  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 七、省健康促进学校工作指导委员会审查意见 | 公章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |