

ကျောင်း စစ်ဆေးမှု

စစ်ဆေးသူအမည်: _____
စစ်ဆေးသည့်ရက်စွဲ: _____
အတန်း/အဆင့်: _____
ဆရာ/ဆရာမအမည်: _____

နံပါတ်	စစ်ဆေးရန်အကြောင်းအရာ	ဟုတ်	မဟုတ်	မှတ်ချက်
၁	ဆရာ/ဆရာမ တက်ရောက်ပြီး သင်တန်းစတင်ချိန်မှန်သည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၂	သင်ခန်းစာအစီအစဉ် (lesson plan) ပြုလုပ်ပြီး၊ ထို အတိုင်း သင်ကြားသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၃	ကျောင်းသားများ သင်ကြားမှုများတွင် တက်ကြွစွာပါဝင်သည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၄	သင်ကြားရေးအထောက်အကူပြု ပစ္စည်းများအသုံးပြုသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၅	သင်တန်းခန်း သန့်ရှင်းပြီးလုံခြုံမှုရှိသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၆	ကျောင်းသားအပြုအမူများကို ထိထိရောက်ရောက်စီမံခန့်ခွဲသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၇	ကျား/မ ညီမျှမှုနှင့် အားလုံးပါဝင်မှုထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုရှိသည် (Gender sensitive and inclusive practice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၈	ကလေးငယ်နားလည်နိုင်သော သင်ကြားမှုနည်းလမ်းများအသုံးပြုသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၉	CPR နှင့် တက်ရောက်မှုမှတ်တမ်းများ စနစ်တကျမှမ်းမထားသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
၁၀	ကလေးများ ကာကွယ်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်ရှိပြီး စိုးရိမ်ရသောအခြေအနေ ရှိသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

စစ်ဆေးသူမှ အကျဉ်းချုပ်

အရေးယူဆောင်ရွက်ရန်လိုအပ်ပါသလား။

☐ လိုအပ်သည် ☐ မလိုအပ်ပါ | ရှင်းလင်းရန်: _____

စစ်ဆေးသူလက်မှတ်: _____

ရက်စွဲ: _____