



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....องค์การบริหารส่วนตำบล.....รหัส กปท.....L1093.....
 อำเภอ.....ท่าแพ.....จังหวัด.....ชุมพร.....

1.ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

โครงการหนุนน้อยครึ่ง เกมส์

2.ผลการดำเนินงาน

สุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของเด็กปฐมวัย เด็กนับว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญยิ่ง ที่จะต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่สามารถใช้ชีวิตอย่างเท่าเทียม และอยู่ร่วมกันกับ ผู้ดูแลเด็ก และเพื่อนๆ อย่างสงบสุข สุขภาพกายเด็กควรจะได้รับส่งเสริมพัฒนาการ โดยมุ่งหวังให้เด็กเล็กได้รับการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ ทางด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญา ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ส่งเสริมให้เด็กได้รับการปลูกฝังพฤติกรรม สุขภาพ ทั้งด้านการดูแล สุขภาพตนเอง และดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อีกทั้งต้องพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพผู้ดูแลเด็ก ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลเด็ก ได้ดียิ่งขึ้น ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาศูนย์เด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงได้บูรณาการงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลครึ่ง เป็นศูนย์การเรียนรู้ก่อนปฐมวัย เป็นการพัฒนาเด็กเล็กในด้านการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา มีเด็กเข้ารับการเรียนรู้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลครึ่ง

ดังนั้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลครึ่ง จึงได้ทำโครงการหนุนน้อยครึ่ง เกมส์ เป็นการจัดกิจกรรมการแข่งขันกีฬาเด็กเล็ก โดยมี ๒ สี สีเขียว สีแดง เป็นการส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความรู้เพิ่มทักษะปลูกฝังการมีน้ำใจนักกีฬา รู้แพ้ รู้ชนะ รู้อภัย มีระเบียบวินัยความสามัคคี อดทน การปฏิบัติตามกติกา ข้อตกลง ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ทำกิจกรรมกีฬาร่วมกับนักเรียน ผู้ปกครอง ครู ผู้มีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลครึ่ง และสามารถทำกิจกรรมร่วมกันทุกเพศ ทุกวัย อย่างสนุกสนาน และมีความสุข

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๒๐,๐๐๐.....บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....๒๐,๐๐๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....-.....บาท คิดเป็นร้อยละ-.....

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี



มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด) ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง อื่น ๆ**7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)**

1. ชื่อ.....นางสาวกรรณิการ์...พรหมดี.....หมายเลขโทรศัพท์.....098-0167090.....

2. ชื่อ.....นางปทุมพร...หฤดีจันทร์.....หมายเลขโทรศัพท์.....087-8820259.....

3. ชื่อ.....นางสาวปัญญาพร..ชุมเสน..... หมายเลขโทรศัพท์.....092-7709640.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(..นางสาวศุภวรรณ...เสื่อสง่า..)

ตำแหน่ง ผู้ดูแลเด็ก รักษาการแทน

หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลคูริง

๗ สิงหาคม ๒๕๖๖



ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง





