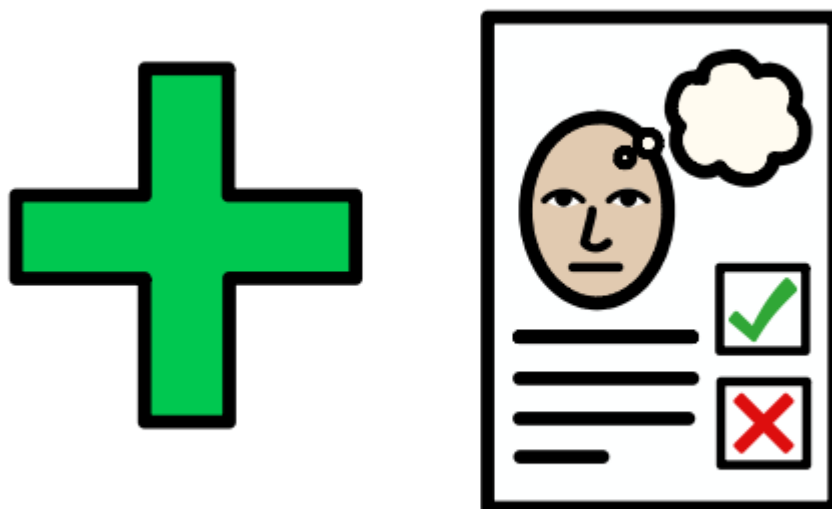




Hälsoenkät

Med bilder



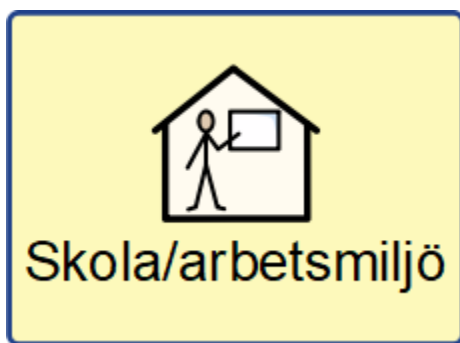
Namn: _____



Klass: _____

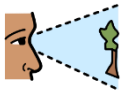


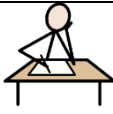
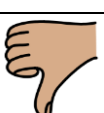
Datum: _____

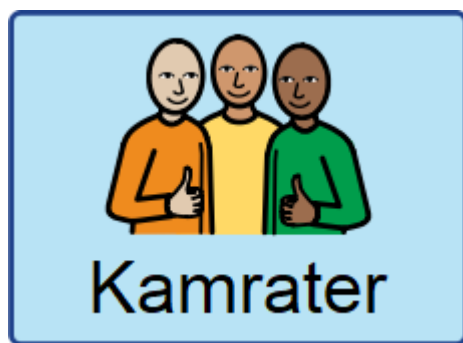


1.		Platser jag känner mig trygg på
----	---	---------------------------------

			
Klassrummet	Skolgården	Matsalen	Toaletterna
			
Duscharna	Idrottshallen	Taxin	Till och från skolan

2.		Har du arbetsro på lektionerna? _____			
3.		Kan du koncentrera dig på lektionerna? _____			
4.		Känner du dig stressad? _____			
5.		Trivs du i skolan? _____			
6.		Ser du i klassrummet? _____			

7.		Hör du i klassrummet? _____			
8.		Hittar du i skolan? _____			
9.		Får du den hjälp du behöver i skolan? _____			
10.		Hur går skolarbetet? _____			



		Har du i skolan...			
11.		blivit illa behandlad av en elev? _____	JA	NEJ	VET INTE
12.		blivit illa behandlad av en vuxen? _____	JA	NEJ	VET INTE
13.		behandlat någon illa? _____	JA	NEJ	VET INTE
14.		känt dig orolig eller rädd? _____	JA	NEJ	VET INTE
15.		någon vuxen du kan prata med om viktiga saker? _____	JA	NEJ	VET INTE
16.		Har du kompisar i skolan? _____	JA	NEJ	VET INTE



		Hur ofta äter du...			
17.		frukost? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG
18.		skolmaten? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG
19.		middag? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG
20.		frukt och grönsaker? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG
21.		godis? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG
22.		dricker du söta drycker som läsk, saft, juice eller oboy? _____	 VARJE DAG	 IBLAND	 ALDRIG



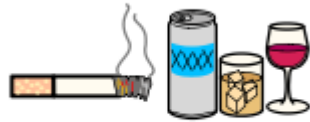
23.		Vad gör du efter skolan? _____		 FRITIDS	 GÅR/ÅKER HEM
24.		Är du med på idrotten? _____	 ALLTID	 IBLAND	 ALDRIG
25.		Använder du mobil, dator, surfplatta eller TV hemma/på fritiden? _____	 ALLTID	 IBLAND	 ALDRIG
26.		Rör du på dig på din fritid? Är du fysiskt aktiv på din fritid? _____	 ALLTID	 IBLAND	 ALDRIG



27.		Hur mår du? _____			
28.		Hur sover du? _____			
29.		Är du nöjd med dig själv? _____			
30.		Har du ont i kroppen? _____			
		Var har du ont? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			



		Behöver du hjälp...			
31.		med att ta av eller på kläder? _____			
32.		med maten/äta? _____			
33.		på toaletten? _____			



Tobak och alkohol

34.		Röker du? _____		 IBLAND	
35.		Snusar du? _____		 IBLAND	
36.		Har du smakat alkohol? Vin, öl, cider eller sprit _____		 IBLAND	