



## HÄLSOFRÅGOR I FÖRSKOLEKLASSEN

Svara på hälsofrågorna tillsammans med dina föräldrar. Svaren används i hälsosamtalet med skolsköterskan.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Detta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Längd: _____ cm	Vikt: _____ kg
--------------------------	-----------------	----------------

Sätt in ett kryss i rutan som passar dig.

### TRIVSEL PÅ SKOLAN

Jag tycker att...

bra

okej

dålig/a



1. klassrummen är
2. toaletterna är
3. skolgården är
4. idrottshallen är
5. duscharna är
6. matsalen/matplatsen är

7. Jag har någon att vara med på skolan

ja

ja, för det mesta

inte så ofta




8. Jag trivs i skolan

bra

okej

dåligt




### MINA VANOR

9. På min fritid deltar jag i någon fritidsaktivitet

ja

nej



10. Jag brukar leka, springa och vara ute och röra på mig med familjen

5-7 dagar i veckan

3-4 dagar i veckan

1-2 dagar i veckan

mindre än 1 dag i veckan

aldrig

11. Jag rör på mig så jag blir varm (t.ex. lek, snabb promenad, bollsport, dans, simning, cykla eller springa)

7 dagar i veckan

5-6 dagar i veckan

3-4 dagar i veckan

1-2 dagar i veckan

mindre än 1 gång i veckan

aldrig

12. Av dessa dagar rör jag på mig sammanlagt minst en timme så jag blir andfådd och/eller varm

7 dagar i veckan

5-6 dagar i veckan

3-4 dagar i veckan

1-2 dagar i veckan

mindre än 1 gång i veckan

aldrig

13. Jag tar mig oftast till och från skolan

går




cyklar, med sparkcykel, med skateboard

med buss, skolskjuts

jag blir skjutsad, åker bil

		varje skoldag	3-4 skoldagar i veckan	1-2 skoldagar i veckan	aldrig
Jag äter...					
14. frukost		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. lunch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. middag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		två gånger per dag eller oftare	en gång per dag	några gånger i veckan	en gång i veckan eller mer sällan
Jag äter...					
17. grönsaker och/eller rotfrukter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. frukt och/eller bär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		mindre än en gång i veckan	1-2 dagar i veckan	3-4 dagar i veckan	dagligen
19. Jag dricker läsk, saft, sötat te eller sötat kaffe	aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				nej	ja
20. Röker någon inomhus där du bor?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KROPPEN & KNOPPEN

		bra 	okej 	dåligt 
21. Jag mår		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag sover		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ja	nej
23. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			nej	ja
24. Jag är orolig för någon i min omgivning			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			nej	ja
25. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ja	nej
26. Vid samtalet finns det möjlighet att prata om din hälsa, känslor, vänskap, kroppen eller annat vad gäller dig. Vill du ta upp något under samtalet? Skriv gärna nedan om du vill.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---



---

Tack för dina svar!