



HÄLSOFRÅGOR I FÖRSKOLEKLASS ELLER I ÅRSKURS 1

Namn:		Personnummer:		
Detta fyller skolsköterskan i:				
Datum:	Längd:	(cm)	Vikt:	(kg)

Till dig som vårdnadshavare

	Båda föräldrarna som bor tillsammans	Växervis boende hos föräldrarna	Enbart mamma	Enbart pappa	Annan person
1. Vem bor barnet tillsammans med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svaren används i hälsosamtalet med skolsköterskan.

Eleven fyller i med stöd av vårdnadshavare

SKOLMILJÖ			
	Mycket bra	Okej	Dåliga
2. Jag tycker att klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag tycker att toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag tycker att skolgården är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag tycker matsalen/matplatsen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ofta	Ibland	Inte så ofta
6. Jag känner mig trygg i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




	Mycket bra	Okej	Dåligt
7. Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




MAT- OCH TANDBORSTVANOR			
	Varje dag	Ofta	Inte så ofta
8. Jag äter frukost före skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag äter lunch i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag äter middag efter skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAT- OCH TANDBORSTVANOR			
	2 gånger per dag	1 gång per dag	Inte så ofta
11. Jag äter frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag äter grönsaker eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag borstar tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Inte så ofta	Ofta	Varje dag
14. Jag dricker läsk och saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET OCH FRITID			
	Varje dag	Ofta	Inte så ofta
15. <u>Till och från skolan</u> går, cyklar eller rör jag mig på annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <u>På skolan eller fritids</u> leker jag ute och rör på mig så att jag blir andfådd eller varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <u>På kvällar och helger</u> leker jag ute och rör på mig så att jag blir andfådd eller varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA			
	Mycket bra 	Okej 	Dåligt 
18. Jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ofta 	Ibland 	Inte så ofta 
19. Är du pigg när du kommer till skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har du någon att vara med när du är leksugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har du någon att prata med om viktiga saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Ibland	Ofta
22. Röker någon inomhus där du bor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖVRIGA FRÅGOR

Har du och din vårdnadshavare några frågor om kroppen eller något att berätta om hur du mår?