

## BADANIE WSTĘPNE

Imię i nazwisko ucznia

.....

Rodzaj szkoły: Podstawowa..... klasa .....

1. Wzrost:.....

2. Masa ciała:.....

3. Ciśnienie ...../.....

4. BMI .....

5. WHR .....

6. Łaknienie:

1) zwykle

2) duże

3) bardzo duże

7. Ulubiony rodzaj pokarmu / posiłku: .....

8. Ile posiłków w ciągu doby spożywasz?: .....

9. Czy podjadasz w nocy?

1) tak

2) nie

10. Gdzie spożywasz posiłki?:

1) w domu - posiłki rodzinne

2) w szkole: obiady

11. Czy korzystasz z barów szybkiej obsługi?:

1) tak

2) nie

12. Jeżeli tak, to jak często?:

1) codziennie

2) w tygodniu .....(ile razy)

3) w miesiącu .....(ile razy)

4) nie dotyczy

13. Czy uczestniczysz w zajęciach wychowania – fizycznego?:

1) tak

2) nie (dlaczego?) .....

14. Ile godzin w ciągu tygodnia przeznaczasz na aktywność fizyczną?:.....

15. Czy uczestniczysz w pozalekcyjnych zajęciach sportowych?

1) tak

2) nie

16. Ile godzin w ciągu tygodnia spędzasz przed TV/komputerem?: .....

17. Czy masz problemy ze snem?

1) tak

2) nie

18. Ile godzin w ciągu doby przeznaczasz na sen?: .....

19. W jaki sposób spożywasz posiłki (zaznacz technikę jedzenia)

- 1) szybko
- 2) krótkie żucie
- 3) dojadanie

**20. Czy były podejmowane próby leczenia nadwagi/otyłości?:**

- 1) tak
- 2) nie

**21. Czy występują u Ciebie schorzenia dodatkowe?:**

- 1) tak
- 2) nie

**22. Czy przyjmujesz leki?:**

- 1) tak (jakie?) .....
- 2) nie

