

CENTRE EDUCATIU: _____

Alumne/a: _____ Edat: _____ Curs i grup: _____

1. De dilluns a divendres, a quina hora exactament, t'alces pels matins? ____ : ____

2. A quina hora exactament, et prens el desdejuni? _____:_____

3. Quant de temps en minuts, estàs desdejunant? _____ minuts

4. A quina hora exactament, ixes de casa cap al teu centre educatiu? _____:_____

5. Tens sensació de cansament o son durant les primeres hores del matí? SÍ NO

6. Marca amb una **X**, tot allò que prens per a desdejunar:

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Got de llet amb cacau <input type="checkbox"/> | Llet (sola) <input type="checkbox"/> | Cafè amb llet <input type="checkbox"/> | Suc de fruita <input type="checkbox"/> | Cereals <input type="checkbox"/> |
| Torrades <input type="checkbox"/> | Galetes <input type="checkbox"/> | Peça de fruita <input type="checkbox"/> | Batut <input type="checkbox"/> | Cafè <input type="checkbox"/> |
| logurt <input type="checkbox"/> | Mel <input type="checkbox"/> | Entrepà <input type="checkbox"/> | Res <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Altres (indica què) _____ |