PROGRAMA SESC SORRINDO PARA O FUTURO
QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS

Nome:_____Data:_____/_____/_____

Idade: ( ) 10 anos ( )11 anos ( ) 12 anos ( ) 13 anos ( ) 14 anos ( ) Outro. Qual? _____

Município: _____

Escola: _____

Série: **5º ano.** Professor:_____Turma:_____Turno: ( ) Manhã ( ) tarde ( ) integral

A quanto tempo participa do Programa Sorrindo para o Futuro?
( ) 1 ano ( )2 anos ( ) 3 anos ( ) 4 anos ( ) 5 anos ( ) 6 anos ( ) 7 anos ( ) Mais de 7 anos

Marque com X (escolha apenas uma opção para cada pergunta)

Quantas vezes você	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 vez por semana	2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	1 vez todos os dias	2 vezes todos os dias	Mais de 2 vezes todos os dias
1. Come bolacha doce?								
2. Toma refrigerante?								
3. Toma suco de caixinha?								
4. Toma achocolatado de caixinha?								
4. Come bala, chiclete ou pirulito?								
5. Come chocolate?								
6. Come salgadinho?								
7.Come pão bisnaguinha ou pão doce?								
8. Come frutas?								
9. Bebe água?								
10. Come legumes e verduras?								
11. Come carne, peixe ou frango?								

12. Quantas vezes por dia você come?
1( ) 2( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( ) 6( ) ( ) Mais de 6 vezes por dia

13. Você tem o hábito de comer entre as refeições?
( ) SIM ( ) NÃO

14. Quando você costuma usar fio dental ou linha de costura para limpar os dentes ?

1.( ) Nunca
2.( ) Às vezes
3.( ) 1 vez por semana
4.( ) 2 ou 3 vezes por semana
5.( ) Quase todos os dias
6.( ) Todos os dias

15. Fora da escola, quando você costuma escovar os dentes?

1.( ) Às vezes
2.( ) Até 3 vezes por semana
3.( ) Quase todos os dias
4.( ) 1 vez por dia
5.( ) 2 vezes por dia
6.( ) 3 ou mais vezes por dia