

Gezondheidsonderzoek groep 7 Vragenformulier leerkracht

School: _____ Locatie: _____

Groep: _____

Ingevuld door: _____ Datum: _____

Wij horen graag uw mening over de gezondheid en het welbevinden van de leerlingen in uw klas. Wilt u hieronder de namen opgeven van leerlingen die opvallen of waar u zorgen over heeft en aangeven of de ouders van uw visie op de hoogte zijn?

1 Leerlingen met gezondheidsklachten

Bijvoorbeeld: zien, horen, motoriek, houding, vaak moe of ziek

Naam	Zorg	Ouders op de hoogte
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

2 Leerlingen die problemen hebben in de omgang met leeftijdgenoten en/of volwassenen

Bijvoorbeeld: vaak ruzie, pesten, weinig contact

Naam	Zorg	Ouders op de hoogte
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Ga verder op de
achterzijde



