



CODICE ID

Gentili Genitori,
nell'ambito dell'iniziativa OKkio alla SALUTE, **desideriamo porVi alcune semplici domande** che ci permetteranno di avere informazioni più precise riguardo **l'alimentazione e il movimento** abituali dei Vostri figli.
Il codice riportato in alto a destra consentirà di unire le vostre risposte al questionario che verrà riempito dal Vostro bambino/a, mantenendo l'anonimato di entrambi.
Vi ringraziamo fin d'ora e Vi preghiamo di **restituire questo foglio in busta chiusa** a un insegnante della classe del vostro bambino/a entro i prossimi **tre giorni**.

Alcune domande sulle attività che il/la bambino/a svolge dopo la scuola

1 In una settimana normale, quanti giorni il/la bambino/a fa attività fisica (sport o giochi di movimento) per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico?

0 giorni 1 giorno 2 giorni 3 giorni 4 giorni 5 giorni 6 giorni 7 giorni

2 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media trascorre a fare i compiti a casa in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

non ha compiti 2 ore
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore o più

3 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media gioca con i videogiochi o con il computer in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

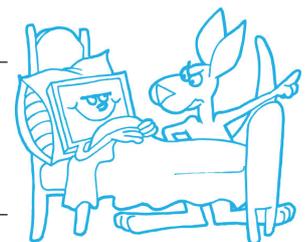
non gioca con i videogiochi o con il computer 2 ore 5 ore o più
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore

4 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media guarda la televisione in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

non guarda la TV 2 ore 5 ore o più
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore

5 Il/la bambino/a ha una televisione in camera?

Sì No



5 Solitamente nei giorni di scuola, a che ora va a dormire il/la bambino/a e a che ora si sveglia? (indicare le ore e i minuti)

b Si addormenta alle ore : Si sveglia alle ore :

Alcune domande sull'alimentazione del suo/a bambino/a

6 Quante volte il/la bambino/a consuma frutta?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 o più volte al giorno | <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |

7 Quante volte il/la bambino/a consuma verdura (escluse le patate)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 o più volte al giorno | <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |

8 Quante volte il/la bambino/a beve bibite zuccherate (tè, succhi di frutta...)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> più volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |
| <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana | |



9 Quante volte il/la bambino/a beve bibite gassate (cola, aranciata...)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> più volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |
| <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana | |

10 Normalmente la sera dopo cena, prima di andare a dormire, suo/a figlio/a mangia o beve qualcosa (a eccezione dell'acqua)?

- Sì No



Alcune domande su come Lei vede il bambino/a

11 Secondo Lei il/la bambino/a mangia:

- poco il giusto troppo

12 Secondo Lei il/la bambino/a è:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sottopeso | <input type="checkbox"/> un po' in sovrappeso |
| <input type="checkbox"/> normopeso | <input type="checkbox"/> molto in sovrappeso |

13 Secondo Lei il tempo che il/la bambino/a dedica all'attività fisica (giochi di movimento, sport, ecc.) è:

- poco sufficiente tanto



Alcune domande su di Lei

14 Qual è la sua parentela con il/la bambino/a?

- sono la madre
 sono il padre

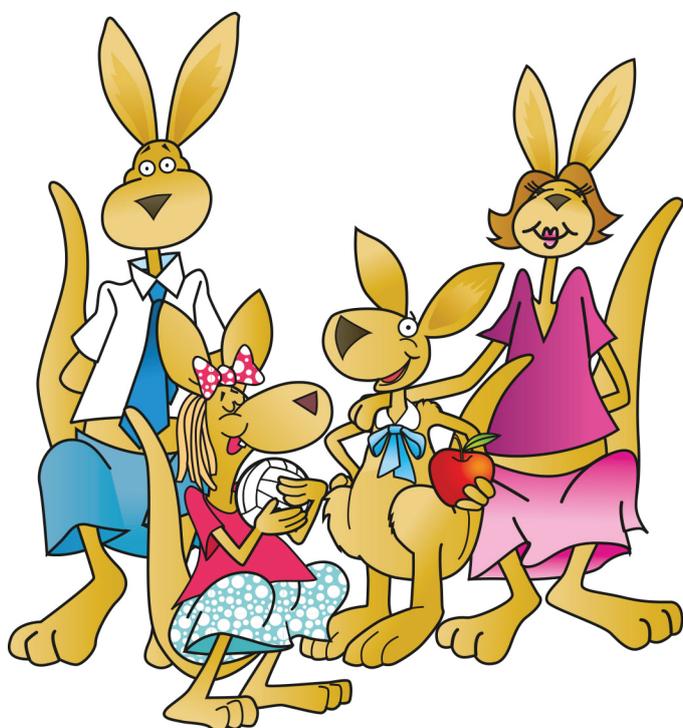
- altra parentela
 nessuna parentela

15 Al momento Lei lavora fuori casa?

- Sì, a tempo pieno Sì, part time No

Alcune informazioni sui genitori del bambino/a

	MADRE	PADRE
Nazionalità	_____	_____
Peso	_____	_____
Altezza	_____	_____
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea



Grazie per la cortese collaborazione

Questo materiale è stato ideato in collaborazione con il progetto "PinC" e prodotto dal progetto "Supporto al coordinamento delle sorveglianze su stili vita e determinanti di malattie croniche in diverse età" finanziati dal Ministero della Salute e coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità