



QÜESTIONARI DE CAMPAMENTS SUBGRUPS: GRANS

NOM del participant:	COGNOMS:
SUBGRUP:	Signatura del responsable:

	Preguntes Generals	Respostes	Comentaris en cas necessari
COSTUMS I FÒBIES	Practica alguna medicina alternativa? Quina?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té dificultats per nedar?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	És molt mogut?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té vertigen?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Pateix/Ha patit alguna fòbia?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Fa esport regularment? Quin?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té noció del perill/risc?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
INCIDÈNCIES	Es mareja fàcilment? Per què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Pren algun medicament normalment? Quin?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Porta plantilles, ulleres, aparells... Què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té propensió a:		
	vomitar	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	sagnar pel nas	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
mal de cap	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
ALIMENTACIÓ	Té al·lèrgia a algun aliment? Quina reacció li fa?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Hi ha algun aliment que no mengi? Quin? Per què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Quin menjar no li agrada?		
	Fa alguna dieta especial?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar restret?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar lleuger?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
RELACIÓ	S'enfada de seguida?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	És reaci a treballar en equip?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Li és difícil seguir les normes	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	S'enyora si és fora de casa?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Plora fàcilment?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té problemes de relació amb els altres?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Preguntes específiques			
REGLA	Té la regla?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	És dolorosa?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Es medica quan la té?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
DROGUES, FESTA, SEXE	Surt de festa els caps de setmana?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Creus que fuma? (quant?)	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Creus que beu? (quant?)	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Creus que consumeix alguna altra droga? (habitualment?)	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Tens inconvenient que es tracti el tema de la sexualitat?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Creus que ha mantingut relacions sexuals?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	



QÜESTIONARI DE CAMPAMENTS SUBGRUPS: PETITS

NOM del participant:	COGNOMS:
SUBGRUP:	Signatura del responsable:

	Preguntes Generals	Respostes	Comentaris en cas necessari
COSTUMS I FÒBIES	Practica alguna medicina alternativa? Quina?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té dificultats per nedar?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	És molt mogut?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té vertigen?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Pateix/Ha patit alguna fòbia?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Fa esport regularment? Quin?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té noció del perill/risc?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
INCIDÈNCIES	Es mareja fàcilment? Per què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Pren algun medicament normalment? Quin?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Porta plantilles, ulleres, aparells...Què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té propensió a:		
	vomitar	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	sagnar pel nas	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
mal de cap	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
ALIMENTACIÓ	Té al·lèrgia a algun aliment? Quina reacció li fa?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Hi ha algun aliment que no mengi? Quin? Per què?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Quin menjar no li agrada?		
	Fa alguna dieta especial?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar restret?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar lleuger?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
RELACIÓ	S'enfada de seguida?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	És reaci a treballar en equip?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Li és difícil seguir les normes	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	S'enyora si és fora de casa?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Plora fàcilment?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té problemes de relació amb els altres?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Preguntes específiques		
HÀBITS	Reconeix la seva roba?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Es fa sol la motxilla?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té els hàbits de neteja assumits?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Té problemes per dormir?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	S'aixeca a fer pipí?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Es fa pipí al llit?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	Dorm amb algun llum encès?	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	