


G	R	E	1	9						
Χώρα		Έτος		Σχολείο			Gr	Cl	Κωδικός παιδιού	

 <p><b>WORLD HEALTH ORGANIZATION</b> <b>EUROPE</b></p>	<p align="center"><b>ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ</b></p> <p align="center"><b>Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης της παιδικής παχυσαρκίας</b></p>	<p align="center"><b>ΕΛΛΑΔΑ</b></p>
<p>Αυτή η έρευνα διενεργείται από το ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (ΑΤΕΙΘ) σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ και τελεί υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας. Ονομάζεται Πρωτοβουλία Παρακολούθησης παιδικής παχυσαρκίας και σκοπός της είναι η προώθηση της υγείας και της ευεξίας των παιδιών των δημοτικών σχολείων και λαμβάνει χώρα σε 40 χώρες στην Ευρώπη. Η τάξη του παιδιού σας έχει επιλεγεί για να συμμετέχει στην έρευνα.</p> <p>Αυτό το ερωτηματολόγιο αφορά την υγεία του παιδιού σας και τα πράγματα που εκείνο κάνει τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του. Θα θέλαμε να σας ζητήσουμε να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο, αν είναι δυνατόν μαζί με το παιδί σας. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη καλύτερων προγραμμάτων υγείας για παιδιά σαν το δικό σας. Το παιδί σας μπορεί να επιστρέψει το συμπληρωμένο έντυπο στον/στην δάσκαλο/α του σε κλειστό φάκελο, τον οποίο μπορείτε να σφραγίσετε.</p> <p>Οι πληροφορίες που παρέχετε είναι πλήρως εμπιστευτικές και δεν θα αποκαλυφθούν σε κανέναν στο σχολείο. Καταγράφονται ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και της παρακολούθησης.</p> <p>Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική και είστε ελεύθεροι να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση σε αυτό το ερωτηματολόγιο.</p> <p>Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε πολύ εκ των προτέρων για την ευγενική σας συμμετοχή.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακαλώ συμπληρώστε προσεκτικά το ερωτηματολόγιο.</li> <li>- Οι ερωτήσεις με αλφαβητικό δείκτη (π.χ. 2α, 3α, κτλ.) είναι προαιρετικές</li> </ul>		
<p><b>ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ</b></p> <p><b>(1) Ποια είναι η σχέση σας με το παιδί;</b></p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι η μητέρα</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι ο πατέρας</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλούμε συγκεκριμενοποιήστε), είμαι ο/η .....</p> <p><b>(2α) Παρακαλώ εισάγετε τον κωδικό του παιδιού (αν δεν είναι ήδη συμπληρωμένος):</b></p> <p><i>ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ:</i> _____</p> <p><b>(3α) Ποια είναι η ημερομηνία γέννησης του παιδιού σας;</b> Ημέρα/ Μήνας / Έτος</p> <p align="center">□ / □ □ / □ □ □ □</p> <p><b>(4α) Ποιο είναι το φύλο του παιδιού σας;</b></p> <p><input type="checkbox"/> Αγόρι</p> <p><input type="checkbox"/> Κορίτσι</p>		



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

**ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ** (συνέχεια)

**(5α) Ποιο ήταν κατά προσέγγιση το βάρος που είχε το παιδί σας όταν γεννήθηκε, σε γραμμάρια;**

kg    gr

**(6α) Το παιδί σας γεννήθηκε αργά, εγκαίρως ή νωρίς;**

- Αργή γέννα (42 εβδομάδες ή περισσότερες)
- Εγκαίρως (37-41 εβδομάδες)
- Σχετικά νωρίς (33-36 εβδομάδες)
- Πολύ νωρίς (32 εβδομάδες ή λιγότερο)
- Δεν γνωρίζω

**(7) Το παιδί σας θήλασε έστω και λίγο;**

- Όχι (αν όχι, παρακαλούμε προχωρήστε στην ερώτηση 9α)
- Ναι, αλλά για λιγότερο από 1 μήνα
- Ναι, για   μήνες
- Δεν γνωρίζω

**(8α) Το παιδί σας θήλασε αποκλειστικά έστω και λίγο;** (Ο αποκλειστικός θηλασμός σημαίνει πως το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα. Δεν δίνονται άλλα υγρά ή στερεά τρόφιμα – ούτε καν νερό – με εξαίρεση τα από του στόματος διαλύματα επανυδάτωσης ή σταγόνες/σιρόπια βιταμινών, μετάλλων ή φάρμακα.)

- Όχι
- Ναι, αλλά για λιγότερο από 1 μήνα
- Ναι, για   μήνες
- Δεν γνωρίζω
- Δεν θυμάμαι



## ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΕΛΛΑΔΑ

### Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης της παιδικής παχυσαρκίας

#### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Οι ακόλουθες είναι ερωτήσεις σχετικά με μερικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του παιδιού σας.

(9α) Πόσο μακριά είναι το σχολείο του παιδιού σας από το σπίτι σας;

- Λιγότερο από 1 χιλιόμετρο
- 1-2 χιλιόμετρα
- 3-4 χιλιόμετρα
- 5-6 χιλιόμετρα
- Περισσότερα από 6 χιλιόμετρα

(10) Πως μετακινείται συνήθως το παιδί σας προς και από το σχολείο; Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για «Πάει στο σχολείο» και ένα κουτάκι για «Έρχεται από το σχολείο».

Πάει στο σχολείο	Έρχεται από το σχολείο
<input type="checkbox"/> Περπατάει	<input type="checkbox"/> Περπατάει
<input type="checkbox"/> Πηγαίνει με το ποδήλατο, το σκίιτμπορντ ή με μη-μηχανοκίνητο σκούτερ	<input type="checkbox"/> Πηγαίνει με το ποδήλατο, το σκίιτμπορντ ή με μη-μηχανοκίνητο σκούτερ
<input type="checkbox"/> Παίρνει το σχολικό λεωφορείο ή πηγαίνει με τα μέσα μαζικής μεταφορά	<input type="checkbox"/> Παίρνει το σχολικό λεωφορείο ή πηγαίνει με τα μέσα μαζικής μεταφορά
<input type="checkbox"/> Το πηγαίνουμε με το αυτοκίνητο	<input type="checkbox"/> Το πηγαίνουμε με το αυτοκίνητο

(10α) Αν το παιδί σας δεν περπατάει ή πηγαίνει με το ποδήλατο, το σκίιτμπορντ ή το μη-μηχανοκίνητο σκούτερ από το σπίτι στο σχολείο ή αντίστροφα, παρακαλούμε υποδείξτε το/τους λόγο/-ους:

- Η διαδρομή δεν είναι ασφαλής
- Το σχολείο είναι πολύ μακριά από το σπίτι
- Το παιδί κάνει επαρκή φυσική δραστηριότητα μέσα στην ημέρα
- Έλλειψη χρόνου
- Άλλο (Συγκεκριμενοποιήστε: \_\_\_\_\_)



## ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

### Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης της παιδικής παχυσαρκίας

ΕΛΛΑΔΑ

(11) Κατά τη γνώμη σας, πόσο ασφαλείς είναι οι διαδρομές προς και από το σχολείο για περπάτημα ή ποδήλατο, σκέιτμπορντ ή μη-μηχανοκίνητο σκούτερ για το παιδί σας; (κυκλώστε το νούμερο που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σας)

1 = Εξαιρετικά ασφαλείς (π.χ. μονοπάτια για περπάτημα και/ή ποδηλατικές γραμμές και ασφαλής γειτονιά)  
10 = Εξαιρετικά επικίνδυνες (π.χ. καθόλου μονοπάτια για περπάτημα και/ή ποδηλατικές γραμμές και επικίνδυνη γειτονιά)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

(12) Είναι το παιδί σας μέλος ενός ή περισσότερων αθλητικού ή χορευτικού συλλόγου (π.χ. ποδόσφαιρο, τρέξιμο, κολύμβηση, τένις, μπάσκετ, ρυθμική γυμναστική, μπαλέτο, γυμναστήριο, σχολή χορού κλπ.);

- Ναι (παρακαλούμε συνεχίστε στην επόμενη ερώτηση)  
 Όχι (παρακαλούμε συνεχίστε στην ερώτηση 14)

(13) Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ή συνηθισμένης εβδομάδας (συμπεριλαμβανομένου του Σαββατοκύριακου), πόσες ώρες περνάει το παιδί σας σε αθλήματα και φυσικές δραστηριότητες σε αθλητικό/-ούς ή χορευτικό/-ούς σύλλογο/-ους;

<input type="checkbox"/>	Καμία	<input type="checkbox"/>	6 ώρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	1 ώρα την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	7 ώρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	2 ώρες την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	8 ώρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	3 ώρες την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	9 ώρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	4 ώρες την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	10 ώρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	5 ώρες την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	11 ώρες την εβδομάδα ή περισσότερο

(14) Τι ώρα συνήθως πηγαίνει για ύπνο το παιδί σας τις σχολικές ημέρες (καθημερινές);

:   
Ωρα : λεπτά

(15) Τι ώρα συνήθως ξυπνάει το παιδί σας τις σχολικές ημέρες (καθημερινές);

:   
Ωρα : λεπτά



## ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

### Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης της παιδικής παχυσαρκίας

ΕΛΛΑΔΑ

(16) Στον ελεύθερο χρόνο του, κατά τη διάρκεια μίας συνηθισμένης εβδομάδας, περίπου πόσες ώρες την ημέρα συνήθως ξοδεύει παίζοντας δραστήρια/έντονα (π.χ. τρέξιμο, άλμα ή κάποια κίνηση εκτός σπιτιού και παιχνίδια φυσικής κατάστασης εντός σπιτιού); Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για τις καθημερινές και ένα κουτάκι για τα σαββατοκύριακα.

#### Καθημερινές

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 2 ώρες την ημέρα
- Περίπου 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα

#### Σαββατοκύριακα

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 2 ώρες την ημέρα
- Περίπου 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα

(17α) Στον ελεύθερο χρόνο του, κατά τη διάρκεια μίας συνηθισμένης εβδομάδας, περίπου πόσες ώρες την ημέρα συνήθως κάνει τα καθήκοντά του ή διαβάζει ένα βιβλίο το παιδί σας, στο σπίτι σας ή αλλού; Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για τις καθημερινές και ένα κουτάκι για τα σαββατοκύριακα.

#### Καθημερινές

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 2 ώρες την ημέρα
- Περίπου 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα

#### Σαββατοκύριακα

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 1 ώρα την ημέρα
- Περίπου 2 ώρες την ημέρα
- Περίπου 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

(18) Εκτός των σχολικών μαθημάτων, περίπου πόσο χρόνο περνάει το παιδί σας συνήθως βλέποντας τηλεόραση ή παίζοντας με ηλεκτρονικές συσκευές όπως ο υπολογιστής, το τάμπλετ, τα κινητά τηλέφωνα ή άλλη ηλεκτρονική συσκευή (δεν συμπεριλαμβάνονται τα παιχνίδια κίνησης ή φυσικής κατάστασης), εντός ή εκτός του σπιτιού σας (π.χ. ίντερνετ καφέ, χώροι παιχνιδιών κλπ.); Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για τις καθημερινές και ένα κουτάκι για τα σαββατοκύριακα.

**Καθημερινές**

Καθόλου

*Αριθμός ωρών και λεπτών την ημέρα*

Ωρες

Λεπτά

**Σαββατοκύριακα**

Καθόλου

*Αριθμός ωρών και λεπτών την ημέρα*

Ωρες

Λεπτά

(19) Κατά τη διάρκεια μίας τυπικής ή συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά έφαγε το παιδί σας πρωινό (κάτι περισσότερο από ένα ρόφημα π.χ. γάλα, τσάι ή χυμό); Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι.

**Ποτέ**

**Μερικές ημέρες**  
(1-3 ημέρες)

**Τις περισσότερες ημέρες**  
(4-6 ημέρες)

**Κάθε ημέρα**

(20) Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ή συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά το παιδί σας τρώει ή πίνει τα ακόλουθα είδη τροφίμων ή ποτών; Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για κάθε γραμμή.

	<i>Ποτέ</i>	<i>Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα</i>	<i>Κάποιες ημέρες (1-3 ημέρες)</i>	<i>Τις περισσότερες ημέρες (4-6 ημέρες)</i>	<i>Κάθε ημέρα</i>
<b>Φρέσκα φρούτα</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Λαχανικά (συμπεριλαμβάνεται η σούπα λαχανικών, εξαιρούνται οι πατάτες)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Αναψυκτικά που περιέχουν ζάχαρη</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

(20α) Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ή συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά το παιδί σας τρώει ή πίνει τα ακόλουθα είδη τροφίμων ή ποτών; Παρακαλούμε σημειώστε με τικ ένα κουτάκι για κάθε γραμμή.

	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	Κάποιες ημέρες (1-3 ημέρες)	Τις περισσότερες ημέρες (4-6 ημέρες)	Κάθε ημέρα
Δημητριακά πρωινού Παρακαλούμε διαβάστε τη διατροφική ετικέτα και ελέγξτε την ποσότητα/περιεχόμενο των υδατανθράκων εκ των οποίων ζάχαρη: ____g/100g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κρέας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αυγά και τρόφιμα που περιέχουν αυγά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γάλα χαμηλών λιπαρών/ημιαποβουτυρωμένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλήρες γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γάλα με γεύσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τυρί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι, κρέμα γάλακτος, τυρί σε κρέμα ή άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χυμός φρούτων 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diet ή «light» αναψυκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλμυρά σνακ (π.χ. πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γλυκά σνακ (π.χ. κέικ, μπισκότα ή άλλα γλυκά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όσπρια (π.χ. φασόλια, φακές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

**(21) Κατά τη γνώμη σας, το παιδί σας είναι:**

- Λιποβαρές  
 Φυσιολογικού σωματικού βάρους  
 Λίγο υπέρβαρο  
 Εξαιρετικά υπέρβαρο

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Το τελευταίο σύνολο ερωτήσεων ζητά πληροφορίες για ορισμένα χαρακτηριστικά υγείας δικά σας και της οικογένειά σας:

**(22a) Εσείς ή κάποιος άλλος στην οικογένεια σας έχει διαγνωστεί ή θεραπευτεί για υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση) από γιατρό ή άλλο εργαζόμενο στον τομέα υγείας;**

- Ναι  
 Όχι  
 Δε γνωρίζω

**(23a) Εσείς ή κάποιος άλλος στην οικογένεια σας έχει διαγνωστεί ή θεραπευτεί για διαβήτη από γιατρό ή άλλο εργαζόμενο στον τομέα υγείας;**

- Ναι  
 Όχι  
 Δε γνωρίζω

**(24a) Εσείς ή κάποιος άλλος στην οικογένεια σας έχει διαγνωστεί ή θεραπευτεί για υψηλά επίπεδα χοληστερίνης από γιατρό ή άλλο εργαζόμενο στον τομέα υγείας;**

- Ναι  
 Όχι  
 Δε γνωρίζω





**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

(25α) Επίσης, θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε το βάρος, ύψος και ηλικία σας (δικά σας ή του συζύγου / συντρόφου):

	Εσείς	Σύζυγος / σύντροφος
Βάρος (σε kg)		
Ύψος (σε cm)		
Ηλικία (σε χρόνια)		

(26) Για το σπίτι στο οποίο το παιδί ζει όλο ή τον περισσότερο χρόνο (>50%) παρακαλούμε υποδείξτε, σε κάθε κουτί, τον αριθμό των ατόμων που ζουν εκεί:

	Μητέρα
	Πατέρας
	Μητριά ή σύντροφος
	Πατριός ή σύντροφος
	Αδερφός / ετεροθαλής αδερφός
	Αδερφή / ετεροθαλής αδερφή
	Παππούς/-δες
	Γιαγιά/-δες
	Κάποιος άλλος (παρακαλούμε συγκεκριμενοποιήστε): _____

**ΓΕΝΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

(27α) Το παιδί σας γεννήθηκε στην Ελλάδα;

- Ναι  
 Όχι, το παιδί γεννήθηκε στη/ην: \_\_\_\_\_

(28α) Η μητέρα του παιδιού γεννήθηκε στην Ελλάδα;

- Ναι  
 Όχι, η μητέρα γεννήθηκε στη/ην: \_\_\_\_\_



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

**(28α) Ο πατέρας του παιδιού γεννήθηκε στην Ελλάδα;**

- Ναι  
 Όχι, ο πατέρας γεννήθηκε στη/ην: \_\_\_\_\_

**(30α) Σε ποια/-ες γλώσσα/-ες μιλάτε συνήθως ή κυρίως στο παιδί σας στο σπίτι σας;**

- Ελληνικά  
 Άλλη γλώσσα, παρακαλούμε συγκεκριμενοποιήστε: \_\_\_\_\_

**(31) Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει εσείς και/ή ο/η σύζυγός/σύντροφός σας; Παρακαλούμε επιλέξτε μια απάντηση μόνο για κάθε έναν από εσάς.**

	Εσείς	Σύζυγος/σύντροφος
Βασική πρωτοβάθμια εκπαίδευση (απολυτήριο Δημοτικού) ή μικρότερο πτυχίο (ISCED 0-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (απολυτήριο Γυμνασίου) (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση [απολυτήριο Λυκείου (ΓΕΛ/ΕΠΑΛ/ΕΠΑΣ)] (ISCED 3 και 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τριτοβάθμια εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο και σύντομου κύκλου (4-ετή προγράμματα ΑΕΙ/ΤΕΙ, ΣΣ και πτυχίο Ειδικότητας ΕΠΑΛ/ΙΕΚ) (ISCED 5 και 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τριτοβάθμια εκπαίδευση σε μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο (ISCED 7 και 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Δεν έχω σύζυγο/σύντροφο

**(32) Παρακαλούμε σημειώστε με τικ το κουτί που αντιπροσωπεύει καλύτερα την κατάσταση της οικογένειάς σας. Παρακαλούμε επιλέξτε με τικ μόνο μία απάντηση.**

- Περνάμε εύκολα το μήνα με τα έσοδά μας.  
 Περνάμε χωρίς σοβαρά προβλήματα το μήνα με τα έσοδά μας.  
 Αντιμετωπίζουμε δυσκολίες για να φτάσουμε στο τέλος του μήνα με τα έσοδά μας.  
 Μόλις και βγάζουμε το μήνα με τα έσοδά μας.



**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**  
**Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία παρακολούθησης**  
**της παιδικής παχυσαρκίας**

**ΕΛΛΑΔΑ**

**(33α) Ποια είναι η κύρια απασχόληση σας και του συζύγου/συντρόφου σας τους τελευταίους 6 μήνες;**

*Παρακαλούμε επιλέξτε μία απάντηση μόνο για τον καθένα από εσάς.*

	<b>Εσείς</b>	<b>Σύζυγος/σύντροφος</b>
Πλήρης απασχόληση εγχώριας οικιακής εργασίας/ νοικοκυριό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εργασία πλήρης απασχόλησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εργασία μερικής απασχόλησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άνεργος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλήρης εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ασθενής / άτομο με ειδικές ανάγκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάτι άλλο:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Δεν έχω σύζυγο/σύντροφο	

**Ημερομηνία συμπλήρωσης**  
**του ερωτηματολογίου**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ημέρα / Μήνας / Χρονιά

**Υπογραφή**

\_\_\_\_\_

**ΣΧΟΛΙΑ**

*Μπορείτε να γράψετε οποιοδήποτε σχόλιο επιθυμείτε να κάνετε σε αυτό το κουτί:*

\*\*\*\*\*ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ\*\*\*\*\*

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.**  
**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΤΕ ΤΟ ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΣΤΕ ΤΟΝ.**  
**ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΙ ΣΤΟΝ/-ΗΝ ΔΑΣΚΑΛΟ/-Α ΤΟΥ.**