

Compromiso da clase

CENTRO CONCELLO


Correo electrónico Teléfono Fax


DATOS DO DOCENTE DE CONTACTO

Nome e apelidos

Curso Grupo Tfno. móbil Día preferible de contacto Hora

Compromiso da clase

 Os alumnos e alumnas desta aula desexamos participar no concurso “ Clases sen fume” e **comprometémonos a non fumar** polo menos **desde novembro de 2006 ata abril de 2007** e a realizar as actividades obrigatorias do concurso.

 A nosa participación no concurso verase anulada automaticamente se algún ou algunha de nós fuma durante este período.

CUBRIR ESTE IMPRESO NA WEB
<http://dxsp.sergas.es>

OU ENVIALO POR FAX OU CORREO

antes
13
outubro
2006

CLASES
sen
fume

concurso europeo para
manterse sen fumar,
dirixido aos escolares
do primeiro ciclo da ESO

DATOS DOS ESCOLARES

Nº	Nome e apelidos	Data de nacemento	Sexo	Consumo de tabaco ⁽¹⁾	Sinatura
1	---	COD. |__|	.....
2	---	COD. |__|	.....
3	---	COD. |__|	.....
4	---	COD. |__|	.....
5	---	COD. |__|	.....
6	---	COD. |__|	.....
7	---	COD. |__|	.....
8	---	COD. |__|	.....
9	---	COD. |__|	.....
10	---	COD. |__|	.....
11	---	COD. |__|	.....
12	---	COD. |__|	.....
13	---	COD. |__|	.....
14	---	COD. |__|	.....
15	---	COD. |__|	.....
16	---	COD. |__|	.....
17	---	COD. |__|	.....
18	---	COD. |__|	.....
19	---	COD. |__|	.....
20	---	COD. |__|	.....
21	---	COD. |__|	.....
22	---	COD. |__|	.....
23	---	COD. |__|	.....
24	---	COD. |__|	.....
25	---	COD. |__|	.....
26	---	COD. |__|	.....
27	---	COD. |__|	.....
28	---	COD. |__|	.....
29	---	COD. |__|	.....
30	---	COD. |__|	.....
31	---	COD. |__|	.....
32	---	COD. |__|	.....
33	---	COD. |__|	.....

DATOS DO DOCENTE RESPONSABLE

..... COD. |__|

DATOS DO ESCOLAR QUE REPRESENTARÁ Á CLASE

..... COD. |__|

⁽¹⁾Relación co tabaco antes do inicio do concurso
Poñer o número de código que corresponda

Sinatura do docente

Data ...|...|.....

- COD. **1** nunca probei o tabaco
- COD. **2** probei o tabaco pero non fumo
- COD. **3** fumei ocasionalmente ou cada día, pero xa non fumo
- COD. **4** fumo menos dunha vez á semana
- COD. **5** fumo como mínimo unha vez á semana
- COD. **6** fumo todos os días