CLASSE SENSE FUM

Compromís de la classe

Nosaltres, l'alumnat de

Escola _____ Curs i secció _____

Adreça _____

Tel./fax _____ Educador/a de contacte _____

A/e _____@_____

Participem en el concurs Classe sense Fum i ens comprometem a no fumar entre l'1 de novembre de 2005 i el 30 d'abril de 2006. La nostra participació en el concurs es veurà automàticament anul·lada si algú de la nostra classe fumés al llarg d'aquest període.

Alumnes	Hàbit tabàquic abans del concurs (*)	Alumnes	Hàbit tabàquic abans del concurs (*)

(*) Situació de l'hàbit tabàquic abans d'iniciar-se el concurs: poseu el número que correspongui: **1 -** No he fumat mai. **2 -** He fumat, però ara no fumo regularment. **3 -** Fumo regularment (almenys un cop per setmana), però no diàriament. **4 -** Fumo cada dia.

Data ..... L'educador/a de contacte .....

Generalitat de Catalunya

CSB Consorci Sanitari de Barcelona

ASPB Agència de Salut Pública

SMOKEFREE CLASS

Projecte finançat per la Comunitat Europea

Aquest imprès s'ha d'enviar al PESE (Programa d'educació per a la salut a l'escola) o a l'equip de salut comunitària del districte per a escoles de Barcelona ciutat **abans de l'11 de novembre de 2005.**