



# COMPROMÍS D'AULA

(segon pas)

CENTRE

MUNICIPI

CURS

GRUP

## DADES DEL DOCENT TUTOR DE CONTACTE

Nom i  
cognoms

Adreça  
electrònica

telèfon  
centre

telèfon  
mòbil

Dia preferible de contacte i horari:

Els i les alumnes d'aquesta aula desitgem participar en el concurs "classe sense fum" i ens comprometem a no consumir ni tabac ni cànnabis en cap de les formes disponibles (fumat, vapejat, pipes d'aigua) al menys des de l'1 de novembre de 2022 fins final d'abril de 2023.

La nostra participació es veurà anul·lada automàticament si algú o alguna de nosaltres fuma durant aquest període de temps i així ho decideix el grup/aula.

Imprès disponible a la web <https://estudiasotabacas.wordpress.com>

Remetre l'imprès emplenat **abans de l'1 de novembre** de 2022:

- A [andreu.estela@ssib.es](mailto:andreu.estela@ssib.es) (escanejat o arxiu emplenat)
- O al fax 971 351895 a l'atenció d'andreu estela



CONSELL INSULAR  
DE MENORCA



Salut Jove i Cultura



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I ÀREA SALUT  
B MENORCA



Atenció Primària  
al teu costat



ITACA prevenció

**DADES DE L'ALUMNAT**

CENTRE

CURS / CLASSE

nº	Nom i cognoms	Data naixement	Sexe (H,D)	Consum (1) tab./càn.	Signatura
1			<input type="checkbox"/>	codi	
2			<input type="checkbox"/>	codi	
3			<input type="checkbox"/>	codi	
4			<input type="checkbox"/>	codi	
5			<input type="checkbox"/>	codi	
6			<input type="checkbox"/>	codi	
7			<input type="checkbox"/>	codi	
8			<input type="checkbox"/>	codi	
9			<input type="checkbox"/>	codi	
10			<input type="checkbox"/>	codi	
11			<input type="checkbox"/>	codi	
12			<input type="checkbox"/>	codi	
13			<input type="checkbox"/>	codi	
14			<input type="checkbox"/>	codi	
15			<input type="checkbox"/>	codi	
16			<input type="checkbox"/>	codi	
17			<input type="checkbox"/>	codi	
18			<input type="checkbox"/>	codi	
19			<input type="checkbox"/>	codi	
20			<input type="checkbox"/>	codi	
21			<input type="checkbox"/>	codi	
22			<input type="checkbox"/>	codi	
23			<input type="checkbox"/>	codi	
24			<input type="checkbox"/>	codi	
25			<input type="checkbox"/>	codi	
26			<input type="checkbox"/>	codi	

**DADES DEL DOCENT TUTOR RESPONSABLE**

			<input type="checkbox"/>	codi
--	--	--	--------------------------	------

**(1) Relació amb el tabac/cànnabis abans d'iniciar el concurs.**

Posar el número del codi que correspon

- Codi 1 Mai he provat el tabac o cànnabis
- Codi 2 No fumo/vapejo però sí ho he provat
- Codi 3 Fumo/vapejo menys d'un cop a la setmana
- Codi 4 Fumo/vapejo cada setmana però no cada dia
- Codi 5 Fumo/vapejo cada dia

DATA:

--	--	--

SIGNATURA DEL DOCENT

--