

U/T3. MESTRING

3.1 Hvilke tema er viktig for at du skal mestre livet ditt i framtiden?

	Ikke viktig	Litt viktig	Viktig	Meget viktig
Kunnskap om personlig økonomi og å kunne planlegge pengebruken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likeverd og likestilling i hjemmet og på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnskap om sunne vaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnskap om tobakk og rusmidler, og om skadevirkningene dette har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne bidra til miljøvennlig forbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne lage velsmakende og sunn hverdagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjenne til hygieniske krav til matlaging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne vaske og vedlikeholde klær og bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søke informasjon om pris og kvalitet på varer og tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne planlegge og gjennomføre trivelige måltider hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjenne folkeskikk, og være høflig og hensynsfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne ta vare på og reparere noe av det du eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjenne pris på og næringsinnhold i mat som er ferdiglaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T4. BEKYMNINGER OG PROBLEMER

4.1 Har du i løpet av de siste 12 mnd. hatt noen av disse problemene? (Sett ett kryss for hver linje)

	Nei, aldri	Ja, av og til	Flere ganger	Svært ofte
Krangler eller konflikter med foreldrene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymringer i forhold til seksualitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske problemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer i forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske problemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusproblemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T5. SKOLESITUASJONEN DIN

5.1 Hvordan har du det på skolen? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg trives på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mye til felles med andre i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg knyttet til klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassen legger vekt på mine meninger ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne legger vekt på meningene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne mine setter pris på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med fagene når jeg trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med personlige problemer hvis jeg trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5.2 Nedenfor vil du finne noen utsagn om skolen: (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Skolen er faglig interessant og lærerik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler skolearbeidet stressende/slitsomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med skoleprestasjonene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er viktig for meg å gjøre det bra på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine synes skolen er viktig ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg trygg på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T5. SKOLESITUASJONEN DIN (fortsettelse)

Nå kommer noen spørsmål om mobbing.

Spørsmålene gjelder hvordan du har hatt det de siste 3-4 månedene og ikke bare hvordan du har det akkurat nå. I tillegg spør vi om du har blitt mobbet eller vært med å mobbe andre i tidligere skoleår.

T Før du begynner så les her hva vi mener med mobbing: Vi sier at en elev **BLIR MOBBET** når en annen elev eller en gruppe av elever **gjentatte ganger** sier eller gjør vonde eller ubehagelige ting mot en elev som har vanskeligheter med å forsvare seg. Om en elev blir ertet på en ubehagelig og sårende måte, er dette også mobbing. Det er også mobbing når en elev med hensikt blir stengt ute fra venneflokken, eller andre elever forteller løgner eller sprer falske rykter om han eller henne. Men det er **IKKE MOBBING** når to omtrent like sterke (jevnbrydige) elever slåss eller krangler. Det er heller **ikke mobbing** når noen blir ertet på en snill og vennskapelig måte.

5.3 Hvor ofte er du blitt mobbet på skolen de siste månedene?

Jeg er ikke blitt mobbet på skolen de siste månedene	Bare en sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5.4 Hvis du selv har opplevd mobbing, på hvilken måte har det skjedd? (Sett ett kryss for hver linje)

	JA	NEI
Jeg er blitt latterliggjort, kalt stygge ting eller ertet på en ubehagelig og sårende måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre elever har holdt meg utenfor, stengt meg ute av venneflokken eller oversett meg fullstendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blitt slått, sparket, lugget, skubbet eller stengt inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre elever har spredt løgner eller falske rykter om meg og prøvd å få andre til å mislike meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5 Hvor ofte er du blitt mobbet på skolen på en eller flere av disse måtene (se punkt 5.4) i tidligere skoleår?

Jeg er aldri blitt mobbet på skolen	Bare i ett tidligere skoleår	I mer enn ett tidligere skoleår
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

5.6 Hvor ofte har du selv vært med på å mobbe en annen elev/andre elever på skolen på en eller flere av disse måtene de siste månedene?

Jeg har ikke mobbet en elev/andre elever på skolen siste månedene	Det har bare hendt en sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5.7 Hvor ofte har du selv vært med på å mobbe en annen elev, andre elever på skolen på en eller flere av disse måtene i tidligere skoleår?

Jeg har aldri mobbet en annen elev/andre elever på skolen	Det har bare skjedd i ett tidligere skoleår	Det har skjedd i mer enn ett tidligere skoleår
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

U/T6. FRITIDEN DIN

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
6.1 Jeg har nok å ta meg til i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tilstrekkelig med tilbud for ungdom i min kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Jeg liker å drive med/gå på, eller vil gjerne drive med/gå på: Organisert idrett med konkurranser (f.eks. friidrett, <u> fotball, hockey, o.l.</u>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ballepille skidrett</i>			
Uorganisert idrett (f.eks. alpint, snøbrett, rullebrett, sykling, fotball o.s.v. <u> som lek</u>) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen organisert aktivitet (f.eks. kor, musikkorps, speider o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomsklubb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsteder som diskotek, kafé, restaurant ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

U/T6. FRITIDEN DIN (fortsettelse)

- 6.3 Har du disse tilbudene i kommunen din:**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEI |
| Organisert idrett som du ønsker å delta i/deltar i?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen organisert aktivitet du ønsker å delta i/deltar i? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mulighet for å drive den typen uorganisert sport og annen aktivitet du liker?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ungdomsklubb?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diskotek, kafé eller restaurant?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 6.4 Deltar du i annen organisert fritidsaktivitet enn idrett f.eks. kor, orkester, annen forening?**
- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nei, ingen | Ja, én aktivitet | Ja, flere enn én aktivitet |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

- 6.5 Har du tidligere deltatt i annen organisert aktivitet enn idrett, og som du har sluttet med?**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEI |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis JA, og du har sluttet med annen organisert aktivitet (ta ikke med idrett) i løpet av de 5 siste årene, kan du angi hvor viktig ulike årsaker til å slutte var for deg.

	Svært viktig	Ganske viktig	Ikke viktig
Vennene mine sluttet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det tok for mye tid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes ikke jeg var flink nok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst til å gjøre andre ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likte ikke miljøet/lederen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krevde for mye spesialisert trening.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lang reisevei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begynte med annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble for dyrt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte jobbe mer med skolen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

U/T7. LITT OM RØYK, RUSMIDLER OG HOLDNINGER

- 7.1**
- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Helt enig | Delvis enig | Delvis uenig | Helt uenig |
| Det er lett for ungdom å få tak i sigaretter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er lett for ungdom å få tak i øl..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er lett for ungdom å få tak i vin/brennevin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er lett for ungdom å få tak i hasj..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er lett for ungdom å få tak i andre narkotika..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er OK for ungdom på min alder å røyke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er OK for ungdom på min alder å drikke alkohol på fest..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det er OK for ungdom på min alder å røyke hasj..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det burde være lovlig å bruke hasj..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

U/T8. HVA VIL DU GJØRE

- 8.1 Hva vil du gjøre hvis du oppdager eller har mistanke om at en venn/venninne har alvorlige personlige problemer, spiseforstyrrelser eller misbruker alkohol eller narkotika? (Sett ett kryss for hver linje)**
- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEI | VET IKKE |
| Ta det opp direkte med vennen/venninnen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med andre venninner/venner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med dine foreldre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med vennens/venninnens foreldre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med lærer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med helsesøster..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta det opp med andre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ikke ta det opp med noen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

U/T9. HVEM KAN DU SNAKKE MED

- 9.1 Hvis du har personlige problemer, hvem føler du at du kan snakke med om dette? (Sett ett kryss for hver linje)**
- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | JA | NEI | VET IKKE |
| Venn/venninne(r)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Foreldre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lærer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helsesøster..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Egen lege..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

U/T10. FOREBYGGING AV SKADE

- 10.1 Når du er passasjer i bil, bruker du bilbelte når du sitter? (Sett ett kryss for hver linje)**

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Foran:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bak:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

- 10.2 Hvis du har stått slalåm/utfor i løpet av de siste 12 måneder, har du da fått kontrollert bindingene i forhold til din vekt? (Sett bare ett kryss)**

	Ja	Nei	Har ikke stått på ski
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

- 10.3 Brukte du legg-/knebeskytter ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)**

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Rulleskøyter/rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm/utfor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

- 10.4 Brukte du håndledd-/albuebeskytter ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)**

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Sykel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

- 10.5 Brukte du hjelm ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)**

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Sykel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm-/utfor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ridning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

11.1 Hvor ofte har du drevet med følgende aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder?

Vinter er fra oktober til mars. Sommer er fra april til september.
(Sett ett kryss for hver linje)

		Aldri	1-5 ganger i sesongen	1-3 ganger i mnd.	1 gang i uka	Flere ganger i uka
Sykling	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/rullebrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotball	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ridning	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tum	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kampsport	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friidrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svømming i basseng	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm/utfor	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemark	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langrenn	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

11.2 Deltar du i organisert idrettsaktivitet (fotballklubb, frilidrettsklubb o.l.)?

Nei, ingen 1 Ja, én aktivitet 2 Ja, flere enn én aktivitet 3

11.3 Hvor fysisk aktiv er du sammenlignet med de fleste andre på din alder?

Like aktiv 1 Mer aktiv 2 Mindre aktiv 3

Ikke skriv her:

10.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.4 Har du tidligere deltatt i en organisert fysisk aktivitet (Idrett, dans eller mosjon/leik) som du har sluttet med?

JA NEI

Hvis JA, og du har sluttet med organisert fysisk aktivitet i løpet av de 5 siste årene, kan du angi hvor viktige ulike årsaker til å slutte var for deg:

	Svært viktig	Ganske viktig	Ikke viktig
Vennene mine sluttet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det tok for mye tid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes ikke jeg var flink nok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst til å gjøre andre ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likte ikke miljøet/trenerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krevde for mye spesialisert trening.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lang reisevei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begynte med annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble for dyrt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte jobbe mer med skolen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.5 Deltar du i noen organisert fysisk aktivitet nå (Idrett, dans eller mosjon/leik)?

JA NEI

Hvis du svarte NEI på spørsmålet over, Vis hvor enig/uenig du er i følgende utsagn:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
NB: Det er viktig at du besvarer alle utsagnene!(Sett kryss)				
Jeg har ingen å gjøre det sammen med.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jeg liker det ikke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke det er så viktig for helsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke noe tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tid/overskudd til det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er slitsomt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen av vennene mine gjør det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ser ikke på meg selv som en fysisk aktiv person.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.6 Hvis du driver med fysisk aktivitet (Idrett, dans eller mosjon/leik), eller ønsker å gjøre det, føler du deg da mest vellykket når: (Hvis du driver med flere aktiviteter, tenk utfra den aktiviteten du synes er viktigst)

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
(Sett ett kryss for hver linje)					
Jeg er den beste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør en god innsats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er helt overlegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg viser personlig framgang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg overvinner vanskeligheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får vist andre at jeg er best....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

11.7 I fysisk aktivitet (Idrett, dans eller mosjon/leik) synes mine foreldre at jeg er mest vellykket når:

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
(Hvis dine foreldre mener forskjellig, tenk utfra den du legger mest vekt på)					
Jeg lærer meg nye ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er flinkere enn andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trener på det jeg ikke er så flink til.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vinner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prøver ut nye ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får bedre resultater enn andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.8 Hvor mye føler du prestasjonspress fra:

	I liten grad	En del	I stor grad
Skolen og lærerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener/instruktør i fritidsaktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>