

Datos del alumno	
Apellidos:.....Nombre:.....Curso:.....Grupo:....	
<p>1. Edad.....años</p> <p>2. Género: Chico <input type="checkbox"/> Chica <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ciclo: Infantil <input type="checkbox"/> Primaria Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/></p> <p>4. Tipo de centro: Público <input type="checkbox"/> Privado/Concertado <input type="checkbox"/></p> <p>5. Días de la semana que asistes a la piscina: Lunes <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/></p> <p>6. Hora del día:.....</p> <p>7. ¿Tu nivel de práctica acuática es?: No se nadar <input type="checkbox"/> Principiante <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Qué experiencia acuática has tenido antes de este curso? En cursos de verano <input type="checkbox"/> En la playa, río, etc. <input type="checkbox"/> Nunca he practicado antes <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Has tenido alguna experiencia desagradable en el agua, antes de este curso? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , ¿cuál/es?..... </p> <p>10. ¿Tienes miedo al agua? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>11. En verano ¿te bañas con tus padres en la playa, río, piscina, etc.? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Qué es lo que más te gusta de lo que haces en la piscina?: </p> <p>13. ¿Qué es lo que menos te gusta de lo que haces en la piscina?: </p> <p>14. Si tuvieras libertad para asistir o no a la piscina, ¿continuarías asistiendo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , ¿por qué?..... </p> <p>15. ¿Qué otros deporte/s practicas?: </p> <p>16. ¿Por qué vas a la piscina? Porque me gusta <input type="checkbox"/> Por indicación de mis padres <input type="checkbox"/> Porque van mis compañeros <input type="checkbox"/> Porque es parte de la E. F. <input type="checkbox"/> Por indicación médica <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Disfrutas con las prácticas acuáticas? Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Dónde te gusta más realizar la clase de Educación Física? En el patio <input type="checkbox"/> En el gimnasio <input type="checkbox"/> En la piscina <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Consideras importante que las actividades acuáticas sean parte de la Educación Física en la escuela?: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>20. ¿Te gustaría asistir a la piscina en horas de Educación Física todos los años?: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p>