Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_\_\_

*Responde, colocando um X na opção adequada.*

1. **Tomas o pequeno-almoço antesde saires de casa?**

Sim \_\_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_\_\_

1. **Ao pequeno-almoço ingeres leite ou derivados?**

Sim \_\_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_\_\_

1. **Fazes lanche a meio da manhã?**

Sim \_\_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_\_\_

1. **Bebes sumos à refeição?**

Sim \_\_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_\_\_

1. **Comes doces todos os dias?**

Sim \_\_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_\_\_