

Namn: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_

När?



Morgon



Förmiddag



Eftermiddag

Var?



Klassrum



Korridor



Skolgård



Bollplan



Omkf.rum



Toalett



Matsal



Annat

Vad hände?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vad gjorde du  
bra? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vad gjorde du mindre  
bra? \_\_\_\_\_

---

---

---

Hur kände du dig efteråt?



Glad



Ledsen



Arg



Rädd



Okej

Något mer du vill  
berätta? \_\_\_\_\_

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Lärarens underskrift: \_\_\_\_\_