



# Punto Forma Joven

# Registro Actividad Grupal

**Nombre del Punto:**

**Localidad:**

Fecha:	Duración: (En minutos)
--------	------------------------

**Temática: Ver Áreas y Temas**

Área/s	Tema/s Específico/s

**Áreas y temas (por orden alfabético):**

**Adicciones:** Alcohol, Cannabis, Cocaína, Heroína, Internet, Móvil, Pastillas síntesis, Psicofármacos, Redes sociales, Tabaco, Videojuegos/consola  
**Convivencia:** Mediación, Resolución de conflictos, Violencia entre iguales, Violencia de género.  
**Estilos de vida:** Alimentación saludable, Actividad física, Dietas, Hábitos de Higiene, Ocio saludable, Piercing y tatuajes, Primeros Auxilios, Seguridad Vial (accidentalidad), Sobrepeso y obesidad  
**Salud Mental:** Ansiedad, Autoestima, Depresión, Habilidades sociales, Manejo de emociones, Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos de la imagen corporal  
**Sexualidad y relaciones afectivas:** Anticoncepción, Anticoncepción de urgencia/Postcoital, Disfunciones, Embarazo, Interrupción voluntaria del Embarazo, ITS/VIH, Orientación sexual y diversidad, Prácticas sexuales, Relaciones de pareja  
**Otras actividades:** A. con madres y padres, A. con profesorado, Presentación del programa, Reuniones organizativas o de coordinación

Tipo Actividad <sup>1</sup> :	
Población Diana <sup>2</sup> :	
Participación de profesionales externos/as: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar:
Nº de asistentes:                      Hombres:                      Mujeres:	
Etapa Educativa:	Lugar de la Actividad:
Profesionales implicados/as:	
Instituciones implicadas:	
Observaciones:	

<sup>1</sup> Opciones: Sesión Informativa | Talleres | Otras (Especificar)  
<sup>2</sup> Opciones: Alumnado | Familias | Profesorado | Alumnado y Familias | Otros