



Assessment Awal Pembelajaran

Nama :
kelas :
Tanggal :

Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan pengalamanmu di rumah!

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah aturan di keluargamu merugikan?	☐	☐
2.	Apakah kamu sering membereskan tempat tidur setelah bangun?	☐	☐
3.	Apakah kamu boleh menolak ketika diminta membantu orang tua?	☐	☐
4.	Apakah kamu harus membereskan mainan setelah bermain?	☐	☐
5.	Apakah kamu boleh tidur larut malam setiap hari?	☐	☐

