



# 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?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Apakah kamu sering membereskan tempat tidur setelah bangun?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Apakah kamu boleh menolak ketika diminta membantu orang tua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Apakah kamu harus membereskan mainan setelah bermain?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Apakah kamu boleh tidur larut malam setiap hari?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

