

QUESTIONNAIRE – CONSEIL DE CLASSE 1^{er} TRIMESTRE

Parents correspondants :

Prénom Nom
Adresse mail
00 00 00 00 00

Prénom Nom
Adresse mail
00 00 00 00 00

Année 2019/2020

Classe xxx

Nom – Prénom de l'enfant :

Classe :

OPTION(S)

Nom – Prénom du/des parent(s) (si différent) :

Email et/ou Téléphone du/des parent (s) :

Souhaitez-vous que les réponses de ce questionnaire restent anonymes en Conseil de Classe : OUI NON

Ce questionnaire est remis aux Parents Correspondants de votre classe pour leur permettre de faire un retour à l'équipe pédagogique lors du Conseil de Classe si cela est nécessaire. Vos réponses au questionnaire ne sont en aucun cas communiquées. Il reste donc confidentiel. Vous pouvez demander que vos commentaires restent anonymes et donc non-nominatifs pendant le conseil de classe. N'hésitez pas à adresser vos remarques supplémentaires aux Parents correspondants, par email.

CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER AU PLUS TARD 8 JOURS AVANT LE CONSEIL DE CLASSE. Vous pouvez le retourner soit par l'intermédiaire de votre enfant via le professeur principal, sous enveloppe, soit par email à vos 2 parents correspondants. Nous vous rappelons que pour tout cas particulier, vous pouvez prendre contact avec le professeur principal au travers d'une demande dans le cahier de liaison.

I - Votre enfant en dehors du collège

TEMPS DE TRANSPORT : Dans quelles conditions votre enfant fait-il le trajet jusqu'au collège ?

Durée (en minutes, par trajet) :

Moyen de Transport :

ACTIVITES EXTRA SCOLAIRES : votre enfant pratique-t-il des activités en dehors des temps scolaires ?

Activité / semaine	Commentaires	1h	2h	3h	4h et +
Sports à école (AS)					
Sports en dehors de l'école					
Activités artistiques (musique, dessin, théâtre)					
Autres activités de type Scouts, Associatif.....					

ECRANS (TV, ordinateur, smartphone, jeux vidéos) : estimez le temps passé par votre enfant devant un écran

	½ h	1h	2h	3h	4h et +
Par jour en semaine					
Le week-end					

SOMMEIL : dans quelles conditions votre enfant dort-il ?

L'heure habituelle du coucher		
Nombre d'heures de sommeil par nuit, <u>en semaine</u>		
A-t-il/elle une heure limite imposée pour se coucher ?	OUI	NON
S'endort-il facilement ?	OUI	NON



QUESTIONNAIRE – CONSEIL DE CLASSE 1^{er} TRIMESTRE

II - Votre enfant et le collègue

GESTION DES DEVOIRS A LA MAISON :

1- Estimez le temps de travail de votre enfant pour ses devoirs :

	1/2h	1h	1H 30m	2h	3h	4h et +
Par soir, en semaine						
Le week-end						

2- Dans quelles conditions votre enfant travaille-t-il ?

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	Commentaires
SEUL				
AIDE (membre famille)				
AIDE (personne extérieure)				

VOTRE ENFANT VOUS A-T-IL FAIT PART DE PROBLEMES SURVENUS.....

NON

	SI OUI , précisez.....
Aux interclasses	
A la cantine	
Aux récréations	
Aux entrées et aux sorties	
En classe	
Autres	

III - Votre enfant et sa classe

Estimez l'atmosphère de la classe :

	Excellente	Bonne	Correcte	Mauvaise
L'ambiance				
L'attitude face au travail				

Comment votre enfant perçoit-il ses apprentissages (précisez les matières concernées) ?

	Apprentissage des leçons	Concentration	Travail à la maison	Autres....précisez
FACILITES				
DIFFICULTES				

SUGGESTIONS ET REMARQUES : avez-vous des commentaires sur les points suivants ?

EMPLOI DU TEMPS :

CONTROLES & DEVOIRS :

VOYAGES SCOLAIRES :

STAGE en ENTREPRISE (3^{ème} UNIQUEMENT)

Autres.....

COMMENTAIRES :