QUESTIONNAIRE – CONSEIL DE CLASSE 1er TRIMESTRE

Parents correspondants :

PARENT 1
TEL & EMAIL

PARENT 2
TEL & EMAIL

Année 2016-2017 Classe

Nom – Prénom de l'enfant : …… Classe : …….

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 destiné uniquement aux Parents Correspondants pour leur permettre de faire un retour à l'équipe pédagogique lors du Conseil de Classe et à l'Apel (sur les points génériques) . Votre réponse au questionnaire n'est en aucun cas distribuée ou communiquée. 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	**Précisez !**	**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, mobile, 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 ?

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

QUESTIONNAIRE – CONSEIL DE CLASSE 1er TRIMESTRE

II - Votre enfant et le collège

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
SEUL			
AIDE (membre famille)			
AIDE (personne extérieure)			

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

	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 (3ème UNIQUEMENT) ……

Autres……

COMMENTAIRES :