

Questionnaire avant le Conseil de Classe du Trimestre 1 Niveau 6ème

Nom- Prénom - Classe (obligatoire) : _____
Mail : _____@_____

Chers parents,

En tant que parents correspondants, nous assistons au conseil de classe. Afin de vous représenter avec efficacité, nous avons besoin de connaître votre avis. Pour cela, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner, dûment rempli, le questionnaire ci-dessous. Nous vous remercions vivement pour votre contribution au bon déroulement de ce conseil et vous ferons parvenir un compte-rendu sitôt le conseil passé.

Bien cordialement. Vos parents correspondants.

ADAPTATION	<p>Comment votre enfant s'adapte-t-il</p> <p>- au collège ? <input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Difficilement</p> <p>- dans sa classe ? <input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Difficilement</p> <p>Si votre enfant s'adapte difficilement, quelles sont les difficultés rencontrées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Méthode de travail <input type="checkbox"/> Relationnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Autre à préciser _____</p>
ORGANISATION	<p>Comment votre enfant s'organise-t-il dans son travail à la maison ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Difficilement</p> <p>Le temps consacré aux devoirs en semaine vous semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Suffisant <input type="checkbox"/> Excessif <input type="checkbox"/> Insuffisant</p> <p>Le temps consacré aux devoirs les week-ends vous semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Suffisant <input type="checkbox"/> Excessif <input type="checkbox"/> Insuffisant</p> <p>Y-a-t-il un soir dans la semaine où les devoirs vous semblent trop conséquents ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si oui, lequel ? _____ <input type="checkbox"/> Non, c'est bien équilibré</p> <p>Votre enfant bénéficie-t-il de l'aide d'une tierce personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
DIFFICULTES	<p>Votre enfant rencontre-t-il une ou plusieurs difficultés dans certaines matières ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, dans quelle(s) matière(s) ?</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) ? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ose-t-il demander de l'aide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
ECOLE DIRECTE	<p>A quelle fréquence consultez-vous Ecole Directe ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>Pensez-vous à aller consulter tous les onglets d'Ecole Directe, notamment « vie de classe » et l'espace famille ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
EN BREF	<p>Le point positif à signaler au conseil de classe : _____</p> <p>Le point négatif à signaler au conseil de classe : _____</p> <p>Commentaires libres : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>