ASSOCIATION DES PARENTS D’ELEVES

Lycée et Collège ST PIERRE CHANEL

pc@apel-spc.fr

### Année scolaire 2016/2017

###

**Enquête lycée**

## A RETOURNER LE 17/11/2017 AU PLUS TARD

# Parents correspondants Adresse/Adresse mail Téléphone

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Professeur principal** ………………………………………………………………………………………

**Elèves délégués** ……………………………………………………………………………………………..

Madame, Monsieur,
Chers parents,

Le conseil des professeurs de la classe dont fait partie votre enfant aura lieu prochainement.

Bien que les parents correspondants n’y participent pas, nous envisageons de rencontrer le professeur principal avant cette date et vous remercions de bien vouloir nous aider à préparer cette rencontre.

Pour ce faire, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner dans les meilleurs délais et après l’avoir complété, le document ci-joint, à l’attention des parents correspondants.

N’hésitez pas à nous faire part de points que nous aurions pu oublier et de vos suggestions qui seront toujours les bienvenues.

DEMI-PENSION : Les remarques concernant le service de demi-pension seront soumises à une enquête spécifique au second trimestre. Merci de ne pas solliciter le professeur principal de votre classe pour des questions ou remarques sur la demi-pension.

Dans cette attente, recevez, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

 Les parents correspondants

Veuillez préciser vos coordonnées afin d’être joignables en cas de besoin (facultatif):

NOM :…. Prénom : ...

NOM et Prénom de l’enfant : ….

Adresse : ….. Ville : ….

Téléphone : …. Mail : …..

1. **Questions générales à l’attention des élèves :**

**Ambiance de la classe** **:** 🞏 Excellente 🞏 Bonne 🞏 Mauvaise

**Etiez-vous dans l’établissement l’année dernière ? :** 🞏 OUI 🞏 NON

**Pour les classes de seconde, comment vivez-vous les changements par rapport au collège ? :**

🞏 Très bien 🞏 Bien 🞏 Assez bien 🞏 Mal

**Remarques** :….
..
**.**

**Avez-vous des suggestions à formuler sur la charge de travail, la quantité, la répartition ou l’organisation des cours?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Remarques** :…

**Avez-vous besoin d’aide concernant ? :**

**- Le soutien moral ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**- L‘organisation du travail ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**- La gestion du stress ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Nous avons un projet de séances de sophrologie pour la gestion du stress, qui s’adresseraient aux 1ères et aux Terminales (10 séances à raison de 10€ à 20€ la séance).**

**Seriez-vous intéressés**: 🞏 OUI 🞏 NON

**Utilisez-vous le soutien scolaire ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Si non, pourquoi ?**

...

**Avez-vous d’autres remarques qui vous semblent importantes ?  :**

..

**2) Questions générales à l’attention des parents :**

**Comment vivez-vous le début d’année de votre enfant ? :**

 🞏 Très bien 🞏 Bien 🞏 Assez bien 🞏 Difficilement

**Pourriez-vous préciser s’il vous plaît ?**

…

**A-t-il déjà choisi son orientation ? :** 🞏 OUI 🞏 NON

**Avez-vous besoin d’aide concernant son orientation ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Avez-vous d’autres souhaits ou interrogations ?  :**

…

**3) Actions de l’APEL au sein de l’établissement :**

**Le forum des métiers organisé par l’APEL aura lieu le 28 janvier 2017. Avez-vous des souhaits ou des suggestions ?**

…

**Si vous avez bénéficié de la bourse aux livres organisée par l’APPEL. Avez-vous été satisfaits ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Si non, pourquoi ?**

… ..

4) Numérique :

**Comment qualifieriez-vous votre connexion internet ?**

🞏 Excellente 🞏Bonne 🞏 Moyenne 🞏 Mauvaise

**Si vous ne disposez pas de connexion à internet, quelle solution souhaiteriez-vous vous voir proposée ?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Pour les questions suivantes merci de donner une note de 0 à 10.**

**Diriez-vous que votre enfant est perturbé par l’utilisation des tablettes numériques :**

**0 ----------------------------------------------------------------------------------------------------10**

**Pas perturbé Très perturbé**

**Diriez-vous que l’utilisation des tablettes par votre enfant vous perturbe ?**

**0 ----------------------------------------------------------------------------------------------------10**

**Pas perturbé Très perturbé**

**Avez-vous des remarques à formuler sur l’utilisation des tablettes ?** 🞏 OUI🞏 NON

**Remarques : ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….**