ASSOCIATION DES PARENTS D’ELEVES

 Lycée et Collège ST PIERRE CHANEL

pc@apel-spc.fr

Année scolaire 2016/2017

**Enquête classe de** 6ième

# Parents correspondants Adresse/Adresse mail Téléphone

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

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

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

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

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

## A RETOURNER LE XX/XX/2016 AU PLUS TARD

## AUX PARENTS D’ELEVES DE LA CLASSE DE ……..

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 (adresses mail ci-dessus mentionnées).

N’hésitez pas à nous faire part de points que nous aurions pu oublier et de vos suggestions qui seront toujours les bienvenues. N’hésitez pas non plus à demander l’avis de votre enfant.

DEMI-PENSION : Les remarques concernant le service de demi-pension seront soumises à une enquête spécifique au second trimestre. Merci de ne plus 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 : ………………………………..

Prénom de l’enfant : ……………………………………….. Adresse :……………………………………

Ville : ……………………………………………… Téléphone : ……………………………

Mail : ………………………………………………

**1) La vie au collège :**

**Avez-vous des suggestions à formuler sur :**
**Activités en dehors des cours (entre midi)** 🞏 OUI 🞏 NON

**Communication parents/collège** 🞏 OUI 🞏 NON

**Communication parents/ APEL** 🞏 OUI 🞏 NON

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

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

1. **La vie en 6ième**

**Avez-vous des suggestions à formuler sur :**

**Accueil de votre enfant lors de la rentrée** 🞏 OUI 🞏 NON

**Homogénéité de la classe**  🞏 OUI 🞏 NON

**Gestion du temps élève/collège/activités** 🞏 OUI 🞏 NON

**Ambiance solidarité inter-classe** 🞏 OUI 🞏 NON

**Ambiance de la classe** 🞏 OUI 🞏 NON

**Bruit – Respect de la discipline** 🞏 OUI 🞏 NON

**Température adaptée** 🞏 OUI 🞏 NON

**Luminosité** 🞏 OUI 🞏 NON

**Rattrapage des cours ( absences )** 🞏 OUI 🞏 NON

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

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

**3) Enseignement**

**Avez-vous des suggestions à formuler sur :**
**L’organisation du cartable et l’utilisation des casiers** 🞏 OUI 🞏 NON
 **L’enseignement**  🞏 OUI 🞏 NON
 **Les devoirs**  🞏 OUI 🞏 NON

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

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

**4) Votre enfant**

**Votre enfant utilise t-il les casiers de l’établissement  ?** 🞏 OUI 🞏 NON

**Votre enfant utilise t-il les livres fournis en supplément**

**par l’APEL ?** **(Compléments pédagogiques)** 🞏 OUI 🞏 NON

**Votre enfant rencontre-t-il des difficultés scolaires ?** 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, précisez : ………………………………………………………………………………..
(organisation, matières étudiées…….)

**Votre enfant présente-t-il des difficultés d’adaptation ?** 🞏 OUI 🞏 NON

si oui, précisez : …………………………………………………………………………………….
(classe, matières étudiées, autres élèves……)

**Avez-vous des suggestions à formuler sur :** ( Charge de travail : quantité, répartition ) 🞏 OUI 🞏 NON

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

**5) Le 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 : ……………………………………………………………………………………

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