

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE
DEL PROGETTO DELF
IN ORARIO EXTRACURRICOLARE
a.s. 2016/2017
GENITORI**

Le proponiamo di compilare il seguente questionario anonimo, per aiutarci a migliorare la qualità del servizio offerto dalla nostra scuola .

Potrà esprimere i suoi giudizi nei vari punti, mettendo una crocetta su una sola delle opzioni proposte.

1. Secondo lei, le attività svolte durante questo progetto sono piaciute a suo/a figlio/a?
☐SI ☐NO

2. Secondo lei, suo/a figlio/a ha vissuto serenamente questa esperienza? ☐SI ☐NO

3. Secondo lei, suo/a figlio/a ha ampliato le proprie conoscenze frequentando questo corso?
☐SI ☐NO

4. Secondo lei, suo/a figlio/a si è sentito/a coinvolto/a e attivo/a durante le attività?
☐SI ☐NO

5. Secondo lei, suo/a figlio/a si è sentito/a a proprio agio nel gruppo? ☐SI ☐NO

6. Secondo lei, durante le lezioni si è instaurato un rapporto positivo tra suo/a figlio/a e il docente?
☐SI ☐NO

7. Gli orari del corso sono stati compatibili con le sue esigenze ? ☐SI ☐NO

8. Sarebbe favorevole alla partecipazione di suo/a figlio/a ad attività di questo tipo in futuro?
☐SI ☐NO

Eventuali osservazioni, proposte, suggerimenti:

Grazie per la collaborazione.

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE
DEL PROGETTO DELF
IN ORARIO EXTRACURRICOLARE
a.s. 2016/2017**

ALUNNI

Ti proponiamo di compilare il seguente questionario anonimo, per aiutarci a migliorare la qualità del servizio offerto dalla nostra scuola a voi alunni .
Potrai esprimere i tuoi giudizi nei vari punti, mettendo una crocetta su una sola delle opzioni proposte.

INDICARE IL NOME DEL DOCENTE MADRELINGUA:

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|
| 1) Le attività che hai svolto durante il corso ti sono piaciute? | ☐ SI | ☐ NO |
| 2) Come ti sono sembrate? | ☐ facili | ☐ difficili |
| 3) Secondo te, hai ampliato le tue conoscenze frequentando questo corso? | ☐ SI | ☐ NO |
| 4) Secondo te, durante le lezioni la comunicazione con l'insegnante è stata buona? | ☐ SI | ☐ NO |
| 5) Secondo te, le spiegazioni e le richieste dell'insegnante sono state chiare e comprensibili? | ☐ SI | ☐ NO |
| 6) Durante le lezioni ti sei sentito a tuo agio? | ☐ SI | ☐ NO |
| 7) Durante le lezioni è stato possibile anche comunicare tra compagni? | ☐ SI | ☐ NO |
| 8) Se ti venisse riproposta, rifaresti questa esperienza? | ☐ SI | ☐ NO |

Eventuali osservazioni, proposte, suggerimenti:

Grazie per la collaborazione.