

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE  
DEL PROGETTO TEATRO DANZA IN LINGUA INGLESE  
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 si è sentito/a coinvolto/a e attivo/a durante le attività? SI NO

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

5. Secondo lei, suo/a figlio/a ha arricchito le proprie competenze frequentando questo corso? 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 TEATRO DANZA IN LINGUA INGLESE  
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.

1) Questa esperienza ti ha divertito? SI NO

2) Come ti sono sembrate le attività che hai svolto durante il corso?

facili difficili

3) Secondo te, le attività che ti sono state proposte sono state interessanti? 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 è stato possibile anche comunicare tra compagni? SI NO

7) Durante le lezioni ti sei sentito a tuo agio con i compagni? SI NO

8) Se ti venisse riproposta, rifaresti questa esperienza? SI NO

**Eventuali osservazioni, proposte, suggerimenti:**

---

---

---

---

---

Grazie per la collaborazione.