

1ES1	NOM : Prénom :	Tel(s) Parent(s) / Tuteur :
Avec qui habitez-vous ?	Votre temps de trajet domicile / lycée :	
	Tel portable élève :	
	Email : _____ @ _____	
<b>Connaissez-vous des difficultés familiales qui pourraient vous fragiliser sur le plan scolaire ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>Avez-vous des problèmes de santé / un handicap / un trouble DYS à même de gêner votre scolarité ?</b> ↘ Précisez au dos si vous le souhaitez <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>Que faites-vous quand vous n'êtes pas à l'école ? (quels loisirs, occupations, sorties, petit job etc)</b>		
<b>Aimez-vous...</b>		
Lire un livre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Regarder la télé
Lire un magazine	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lire la presse
Ecrire/rédiger	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Prendre la parole
Calculer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les jeux-vidéo
Surfer sur Internet	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les réseaux sociaux
Faire du sport	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Suivre l'actualité
<b>3 qualités qui vous <u>avantagent</u> à l'école</b>		<b>3 défauts qui <u>gênent</u> votre scolarité</b>
-		-
-		-
-		-
<b>Caractériser votre rapport à l'école par 1 / quelques mot(s)</b>		<b>Caractériser votre vie actuelle par 1 / quelques mot(s)</b>
<b>Quel est votre plus mauvais souvenir scolaire ?</b>		
<b>Quel est votre plus agréable souvenir scolaire ?</b>		
<b>Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans le fait d'être « écolier » ?</b>		
<b>Qu'est-ce que vous aimez dans le fait d'être « écolier » ?</b>		
<b>Comment imaginez-vous votre vie dans 10 ans ?</b>		

TES-S	NOM : Prénom :	Tel(s) Parent(s) / Tuteur :
Avec qui habitez-vous ?	Votre temps de trajet domicile / lycée :	
	Tel portable élève :	
	Email : _____ @ _____	
<b>Connaissez-vous des difficultés familiales qui pourraient vous fragiliser sur le plan scolaire ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>Avez-vous des problèmes de santé / un handicap / un trouble DYS à même de gêner votre scolarité ?</b> ↘ Précisez au dos si vous le souhaitez <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>Que faites-vous quand vous n'êtes pas à l'école ? (quels loisirs, occupations, sorties, petit job etc)</b>		
<b>Aimez-vous...</b>		
Lire un livre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Regarder la télé
Lire un magazine	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lire la presse
Ecrire/rédiger	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Prendre la parole
Calculer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les jeux-vidéo
Surfer sur Internet	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les réseaux sociaux
Faire du sport	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Suivre l'actualité
<b>3 qualités qui vous <u>avantagent</u> à l'école</b>		<b>3 défauts qui <u>gênent</u> votre scolarité</b>
-		-
-		-
-		-
<b>Caractérissez votre rapport à l'école par 1 / quelques mot(s)</b>		<b>Caractérissez votre vie actuelle par 1 / quelques mot(s)</b>
<b>Quel est votre plus mauvais souvenir scolaire ?</b>		
<b>Quel est votre plus agréable souvenir scolaire ?</b>		
<b>Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans le fait d'être « écolier » ?</b>		
<b>Qu'est-ce que vous aimez dans le fait d'être « écolier » ?</b>		
<b>Comment imaginez-vous votre vie dans 10 ans ?</b>		