

Evaluationsbogen für die Elternabende

**Evaluationsbogen Elternabend Präsentation der Ergebnisse
(von dem/der Koordinator/in auszufüllen)**

Datum: _____

Ort: _____

Schule: _____

Anzahl teilnehmender Eltern: _____

1 Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiß ich nicht
_1	Die Einladung zum Elternabend erreichte die Eltern frühzeitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_2	Die Veranstaltungsziele wurden den Eltern kommuniziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_3	Es gab viele Rückmeldungen seitens der Eltern bezüglich der schulärztlichen Untersuchung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_4	Die Resonanz gegenüber den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchung war positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_5	Es gab viele Fragen seitens der Eltern hinsichtlich des geplanten Gesundheitsförderungsprozesses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_6	Alle offenen Fragen konnten geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_7	Die Eltern zeigten sich vom geplanten Gesundheitsförderungsprozess an der Schule begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_8	Die Veranstaltungszeit war passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_9	Ein Meinungs-austausch der Eltern während des Elternabends untereinander war möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_10	Ich bin mit dem Elternabend sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_11	Am Elternabend hat sich auch der/die Klassenlehrer/in aktiv beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_12	Es besteht seitens der Elternvertretung Interesse sich an der Steuergruppe zu beteiligen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Welche Schulnote geben Sie ...		1 <small>(sehr gut)</small>	2 <small>(gut)</small>	3 <small>(befriedigend)</small>	4 <small>(ausreichend)</small>	5 <small>(mangelhaft)</small>	6 <small>(ungenügend)</small>	weiß ich nicht
_1	der Gesprächsatmosphäre während des Elternabends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_2	der Unterstützung durch den/die jeweilige/n Klassenlehrer/in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_3	den Räumlichkeiten, in denen die Veranstaltung stattfand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_4	der technischen Ausstattung der Schule hinsichtlich der Präsentation der Ergebnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Welche Probleme/Unklarheiten sind bei der Durchführung des Elternabends aufgetreten?

4 Weitere Anmerkungen: