



Fragebogen für Eltern

Erhebung Juni/Juli 2004

Projektleitung
Prof. Dr. Heinz Günter Holtappels
Dr. Stefanie van Ophuysen
Tel.: 0231/755-5548
E-Mail: vanOphuysen@ifs.uni-dortmund.de

Institut für Schulentwicklungsforschung (IFS)
Vogelpothsweg 78
44227 Dortmund



Liebe Eltern!

Am Institut für Schulentwicklungsforschung (IFS) der Universität Dortmund führen wir zur Zeit ein Forschungsprojekt zur **Untersuchung des Übergangs von der Grundschule zur weiterführenden Schule** durch. Im Rahmen dieses Projektes interessiert uns vor allem, wie die Schüler den Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule bewältigen. Dazu untersuchen wir Veränderungen der Kinder in den Bereichen Lernleistung, Motivation sowie Emotion. Um herauszufinden, welche Bedingungen helfen, dass der Übergang gut gelingt, befragen wir auch die Lehrer und natürlich Sie als Eltern. Im Vorfeld erhielten Sie von uns bereits ein Anschreiben, in dem wir unser Projekt erläuterten. Darin haben wir auch schon darauf hingewiesen, dass Ihre Angaben selbstverständlich anonym bleiben. Die Angaben, die Sie hier machen, können nicht auf Ihre Person bezogen werden. Das Gleiche gilt für die Fragebogendaten Ihres Kindes. Daher bitten wir Sie, den Code auf der folgenden Seite unbedingt anzugeben.

Im folgenden Fragebogen werden Sie **persönlich** um Auskunft über sich, Ihr Kind und die Schule Ihres Kindes gebeten. Es handelt sich einerseits um reine Informationsfragen und andererseits um Einschätzungsfragen. Wir bitten sehr herzlich, gerade auch diese Fragen zu beantworten, da Sie mit Ihrer Meinung einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung der Situation leisten.

Bitte gehen Sie die einzelnen Fragen durch. Bitte kreuzen Sie zu jeder Zeile oder Frage eine Antwortmöglichkeit in den abgedruckten Kästchen an oder notieren Sie Ihre Antworten in die vorbereiteten Zeilen. *Wenn im Fragebogen nach Ihrem Sohn bzw. Ihrer Tochter gefragt wird, so meinen wir – falls Sie mehrere Kinder haben – das Kind, in dessen Klasse die Befragung durchgeführt wird.*

Wir bitten Sie um **Rückgabe des Fragebogens innerhalb einer Woche (14.06.04)!**

Geben Sie bitte den Fragebogen im verschlossenen Umschlag über Ihr Kind an die Klassenlehrerin oder den Klassenlehrer zurück. Die Schule sammelt die Fragebögen und wird sie an das IFS weiter geben. Dort werden die Fragebögen statistisch ausgewertet.

Wir bedanken uns schon an dieser Stelle ganz herzlich für die Zusammenarbeit und Ihre Bemühungen bei der Beantwortung der Fragen. Die Untersuchung wird für die Weiterentwicklung der Grundschulen sicher eine wertvolle Hilfe sein.

Mit freundlichem Gruß



Prof. Dr. H. G. Holtappels



Dr. S. van Ophuysen

- Bitte beachten Sie die Vor- und Rückseiten des folgenden Fragebogens -

Der Code

Zunächst bitten wir Sie, den Code auszufüllen, so dass Ihre Angaben mit denen Ihres Kindes in Beziehung gesetzt werden können.

Selbstverständlich bleiben Ihre Daten dadurch weiterhin anonym.

Der Code besteht aus:

- dem ersten Buchstaben des Vornamens der Mutter Ihres Kindes
- dem ersten Buchstaben des Vornamens des leiblichen Vaters Ihres Kindes
- dem Geburtstag Ihres Kindes
- dem ersten Buchstaben der Straße, in der Sie mit Ihrem Kind wohnen

Hier sehen Sie ein Beispiel:

Vorname der Mutter

Vorname des Vaters

Geburtstag des Kindes

Straße, in der Sie wohnen

Sabine

Dieter

14.03.94

Winterweg

S

D

14

W

Falls Sie wissen, dass der Vorname des leiblichen Vaters Ihres Kindes, diesem unbekannt ist, tragen Sie bitte ein X in das Kästchen für den Vornamen des Vaters ein. Haben Sie Zwillinge in dem von uns befragten 4. Jahrgang, so geben Sie bitte im unteren Feld den ersten Buchstaben des Vornamens Ihres Kindes an, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

Nun bitten wir Sie, Ihren Code einzutragen:

Vorname der Mutter

Vorname des Vaters

Geburtstag des Kindes

Straße, in der Sie wohnen

Nur bei Zwillingen:

Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Kindes.

Anfangs einige Fragen zu Ihrem Kind...

1. Haben Sie einen Sohn oder eine Tochter in der von uns befragten Klasse?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

| | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe... | eine Tochter. | einen Sohn. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Welchen Schulabschluss wünschen Sie sich für Ihr Kind?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | |
|--|--------------------------|
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss / Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> |
| Abitur / Hochschulreife / Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> |

3. Wie sicher sind Sie sich, dass Ihr Kind den gewünschten Abschluss schaffen würde?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Ich bin mir ganz sicher. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin mir eher sicher. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin mir eher unsicher. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin mir ziemlich unsicher. | <input type="checkbox"/> |

4. Für welche Schulform wurde Ihr Kind von seiner Lehrerin / seinem Lehrer empfohlen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Gesamtschule und Hauptschule | Gesamtschule und Realschule | Gesamtschule und Gymnasium | Sonderschule | noch ein Jahr in der Grundschule |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 | Der Übergang zur weiterführenden Schule stellt für mein Kind kein besonderes Ereignis dar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Mein Kind freut sich auf die neue Schule. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Mein Kind ist besorgt über den Wechsel in die weiterführende Schule. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | In der neuen Schule kommt mein Kind bestimmt gut zurecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 05 | Neue Freundschaften zu schließen, fällt meinem Kind an der neuen Schule sicherlich schwer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Um gute Noten an der neuen Schule zu bekommen, wird sich mein Kind sicherlich anstrengen müssen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Anfänglich hat mein Kind sicherlich Schwierigkeiten sich mit den neuen Gegebenheiten zurechtzufinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Mein Kind gewöhnt sich bestimmt schnell an die neue Situation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nun einige Fragen zu Ihnen...

Es folgen nun einige Fragen zu Ihrer Person. Wir bitten Sie herzlich, auch diese Fragen zu beantworten, denn sie sind für unsere Untersuchung von großer Bedeutung.

Niemand in der Schule wird Ihren Fragebogen zu Gesicht bekommen. Der Umschlag, in dem Sie den Fragebogen zurückgeben, wird erst im Institut für Schulentwicklungsforschung wieder geöffnet.

Alle Fragen betreffen beide Eltern, falls sie im selben Haushalt mit dem Kind wohnen. Vater ist der leibliche Vater, der Stief- oder Pflegevater des Kindes; Mutter ist die leibliche Mutter, die Stief- oder Pflegemutter.

6. Sind sie alleinerziehend?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | |
|--|--------------------------|
| Ich bin alleinerziehende Mutter. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin alleinerziehender Vater | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nicht alleinerziehende Mutter. | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nicht alleinerziehender Vater. | <input type="checkbox"/> |

7. Wie viele Kinder wohnen in Ihrem Haushalt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| ein Kind | <input type="checkbox"/> |
| zwei Kinder | <input type="checkbox"/> |
| drei Kinder | <input type="checkbox"/> |
| vier oder mehr Kinder | <input type="checkbox"/> |

Die folgenden Informationen sollten – falls möglich – sowohl für die Mutter als auch für den Vater angegeben werden. Wenn Sie alleinerziehend sind, brauchen Sie die folgenden Fragen (Nummer 8 bis 13) natürlich nur für sich selbst zu beantworten.

8. Wo sind Sie geboren?

Bitte in jeder Spalte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | Vater | Mutter |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| in Deutschland | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in der Türkei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in Polen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in Marokko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| im ehemaligen Jugoslawien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in Griechenland | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in Italien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in einem anderen Land: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Welche Sprache sprechen Sie überwiegend zu Hause?

Bitte in jeder Spalte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | Vater | Mutter |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| deutsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| türkisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| polnisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| arabisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kroatisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| serbisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| griechisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| italienisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eine andere Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Nach welchem Schuljahr haben Sie die Schule abgeschlossen?

Bitte tragen Sie ein.

| Vater | Mutter |
|---------------------------|---------------------------|
| Nach dem _____ Schuljahr. | Nach dem _____ Schuljahr. |

11. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

Bitte geben Sie nur Ihren höchsten Abschluss an.

Bitte in jeder Spalte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | Vater | Mutter |
|---|--------------------------|--------------------------|
| keinen Schulabschluss / Abgangszeugnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss / mittlere Reife | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hochschulreife / Abitur / allgemeine Hochschulreife | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Sind sie derzeit erwerbstätig? Wie sind Sie beschäftigt?

Bitte in jeder Spalte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | Vater | Mutter |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ich bin zurzeit nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 01 Ich bin zurzeit erwerbstätig: | | |
|mit weniger als 20 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit 20 bis 30 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit mehr als 30 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie zurzeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie die folgende Frage bitte auf den Beruf, den sie zuletzt ausgeübt haben.

13. In welcher beruflichen Stellung sind Sie tätig?

Bitte in jeder Spalte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | Vater | Mutter |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Arbeiter/in (ungelernt oder gelernt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facharbeiter/in (mit Ausbildungsabschluss) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angestellte/r | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angestellte/r in leitender Funktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beamter/Beamtin (bis mittlerer Dienst) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beamter/Beamtin (in gehobenem bis höherem Dienst) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstständige/r mit Betrieb mit weniger als 10 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstständige/r mit Betrieb mit mehr als 10 Beschäftigten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| freiberuflich Selbstständiger/Selbstständige (als Akademiker/in) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zur Schule und zur Ihrem Kind...

- 14. Die Schulen führen unterschiedliche Maßnahmen durch, um Eltern und Schüler/innen auf den Schulwechsel vorzubereiten. Geben Sie bitte für die folgenden Maßnahmen an, ob Sie diese genutzt haben und ob Sie diese hilfreich fanden.**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur zwei Kästchen an!

| | Haben Sie diese genutzt? | | Fanden sie diese hilfreich? | |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | ja | nein |
| 01 Eine Informationsveranstaltung über die Schulformen und das örtliche Schulangebot. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Ein persönliches Gespräch mit der Klassenlehrerin über die Schulformwahl ihres Kindes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Informationsveranstaltungen durch die Grundschulleitung zum Thema Schulwechsel und weiterführende Schulen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Informationsmaterial über den Schulwechsel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Informationsmaterial über die weiterführenden Schulen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Besichtigung einer weiterführenden Schule. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Sonstiges: | | | | |

- 15. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 Ich besuche regelmäßig Elternabende. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Ich versuche keinen Elternsprechtag zu versäumen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Ich nehme an Schulausflügen mit meinem Kind teil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Ich engagiere mich bei gemeinsamen Aktivitäten mit den Schülern und Schülerinnen (z.B. Basteln, Hausaufgabenhilfe, Lesemütter). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Bei Feiern und Schulfesten an der Schule engagiere ich mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Bei der Planung von Aktivitäten an der Schule bin ich häufig dabei. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Ich rede mit anderen Eltern über die Schule und die Aktivitäten dort. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Ich treffe mich mit Eltern der anderen Schüler/innen, um Dinge für die Schule zu besprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Ich besuche regelmäßig den Elternstammtisch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Sonstiges: | | | | |

16. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

| | | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 | Eine gute Schullausbildung ist für den Erfolg im Leben notwendig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Eine gute Schullausbildung erleichtert einem vieles im Leben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Eine gute Schullausbildung ist nicht so wichtig für das weitere Leben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Für eine gute Schullausbildung sollte man auch finanzielle Nachteile in Kauf nehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Ich lege großen Wert darauf, dass mein Kind viel arbeitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Ich erwarte von meinem Kind gute Noten, auch wenn es dafür sehr viel arbeiten muss. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Wenn mein Kind eine schlechte Note mit nach Hause bringt, gibt es schon mal richtigen Ärger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Über schlechte Noten meines Kindes bin ich wütend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | Mir ist es eigentlich egal, welche Noten mein Kind in der Schule hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Die Schulnoten sind mir nicht so wichtig, Hauptsache mein Kind kommt irgendwie durch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Schlechte Leistungen in der Schule kann ich bei meinem Kind nicht tolerieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Es ist mir wichtig, dass sich mein Kind anstrengt und Mühe gibt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

| | | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 | Ich freue mich, wenn mein Kind in der Schule Erfolg hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Ich rede meinem Kind aufmunternd zu, wenn es eine Arbeit verpatzt hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Wenn mein Kind über das Ergebnis einer Arbeit enttäuscht ist, mache ich ihm Mut für das nächste Mal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Ich tröste mein Kind und versuche ihm zu helfen, wenn es in einem Fach mal nicht klar kommt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Eltern haben unterschiedliche Ziele bezüglich des Schulbesuchs ihrer Kinder. Worum geht es Ihnen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| Mir geht es darum, ... | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 dass mein Kind mit wenig Arbeit durch die Schule kommt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 dass niemand merkt, wenn mein Kind etwas nicht versteht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 dass mein Kind bessere Noten oder Beurteilungen bekommt als andere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 dass mein Kind in der Schule nicht durch dumme Fragen auffällt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 dass das Gelernte für mein Kind Sinn ergibt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 dass mein Kind in der Schule keine schwierigen Fragen oder Aufgaben lösen muss. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 dass mein Kind in der Schule verbirgt, wenn es weniger weiß als andere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 dass mein Kind in der Schule von anderen für klug gehalten wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 dass mein Kind in der Schule zum Nachdenken angeregt wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 dass mein Kind Arbeiten in der Schule besser schafft als andere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 dass mein Kind aufwändige Aufgaben in der Schule nicht selber erledigen muss. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 dass mein Kind in der Schule komplizierte Inhalte versteht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Wie beurteilen Sie insgesamt die Leistungsanforderungen, an der Schule Ihres Kindes?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich finde die Leistungsanforderungen...

| | |
|------------------|--------------------------|
| viel zu hoch. | <input type="checkbox"/> |
| etwas zu hoch. | <input type="checkbox"/> |
| gerade richtig. | <input type="checkbox"/> |
| etwas zu niedrig | <input type="checkbox"/> |
| viel zu niedrig. | <input type="checkbox"/> |
| weiß nicht. | <input type="checkbox"/> |

20. Wie zufrieden sind Sie mit den bisherigen Schulleistungen Ihres Kindes?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

| | |
|------------------|--------------------------|
| sehr unzufrieden | <input type="checkbox"/> |
| eher unzufrieden | <input type="checkbox"/> |
| teils, teils | <input type="checkbox"/> |
| eher zufrieden | <input type="checkbox"/> |
| sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> |

21. Wenn es Probleme in der Schule bzw. bei den Hausaufgaben gibt, ...

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 kann ich meinem Kind helfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 kann jemand aus der Familie helfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 können Bekannte oder Freunde helfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 kann ich eine Nachhilfe finanzieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| Der Klassenlehrer / Die Klassenlehrerin.... | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 hat uns Materialien zum Üben ausgeliehen oder empfohlen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 ist auch außerhalb der Elternsprechtage ein Ansprechpartner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 hat uns Tipps gegeben, wie wir unser Kind motivieren können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 hat uns Tipps gegeben, wie wir unserem Kind am besten etwas beibringen können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | immer | häufig | manch- mal | nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 Ich überprüfe, ob mein Kind seine Hausaufgaben gemacht hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Ich überprüfe, ob die Hausaufgaben richtig gemacht sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Ich übe mit meinem Kind gemeinsam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Ich gebe meinem Kind Ratschläge und Tipps für das Lernen (z.B. wie man sich seine Zeit gut einteilt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sie und Ihre Familie...

24. Wie gehen Sie in ihrer Familie miteinander um?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 Wir nehmen uns Zeit, einander zuzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Für jeden in unserer Familie findet sich viel Zeit und Zuwendung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Wir fühlen uns geborgen in unserer Familie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Alle in unserer Familie helfen und unterstützen einander, wenn es darauf ankommt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 In unserer Familie gibt es ein wirkliches Zusammengehörigkeitsgefühl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Ich rede mit meinem Kind, wenn es über Probleme berichtet, die es außerhalb der Familie hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Ich glaube, mein Kind behält seine Sorgen häufig für sich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Wenn mein Kind Probleme mit Freunden hat, spreche ich mit ihm darüber. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Mein Kind weiß aus Erfahrung, dass es sich bei mir Rat holen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Ich kann mit meinem Kind nicht gut über seine Sorgen reden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Wenn mein Kind Sorgen hat, kann ich ihm meist helfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Wenn mein Kind Probleme hat, muss es damit selbst zurecht kommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Wie oft haben Sie im letzten halben Jahr Ihr Kind zu einer der folgenden Aktivitäten angeregt oder mit ihm gemeinsam unternommen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

| | mehr als 12 mal | 6-12 mal d.h. etwa ein bis zwei mal pro Monat | 5 mal d.h. weniger als ein mal pro Monat | gar nicht |
|---|--------------------------|---|--|--------------------------|
| 01 Besuch von kulturellen Veranstaltungen (z.B. Theater, Konzert) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Kinobesuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Büchereibesuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Besichtigung (z.B. Museum, Kirche, Schloss) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Kreative Tätigkeiten (z.B. Basteln, Handwerken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Eis laufen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 01 Ich kenne die Schulfreunde meines Kindes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Ich weiß, welche Kinder mein Sohn / meine Tochter in der Schule gerne mag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Ich weiß, mit welchen Mitschülern mein Kind Streit oder Probleme hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Ich kenne die meisten Lehrer/innen meines Kindes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Ich weiß, welche Lehrer/innen mein Kind gerne mag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Ich weiß, mit welchen Lehrkräften mein Kind nicht so gut zurecht kommt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Ich kenne die Lieblingsfächer meines Kindes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Ich weiß, wenn mein Kind eine Arbeit in der Schule schreibt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Ich weiß, welche Noten mein Kind in den Arbeiten hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Ich weiß, in welchen Fächern mein Kind nicht so gut mitkommt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Ich weiß, welche Themen im Unterricht besprochen werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Über die schulischen Angelegenheiten meines Kindes bin ich gut informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Wie beurteilen Sie Folgendes an der Grundschule Ihres Kindes?*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

| | positiv | eher positiv | eher negativ | negativ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 das Engagement der Lehrer/innen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Möglichkeiten für Gemeinschaftserfahrungen, soziales und interkulturelles Lernen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 praktische Mitgestaltungsmöglichkeiten für Eltern in der Schule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 die Zusammenarbeit von Lehrer/innen und Eltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Vielen Dank für Ihre Mitarbeit -