**Kooperationsentwicklung**

**Erfassung der Sichtweise der Erziehungsberechtigten**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **trifft nicht zu** | **trifft kaum zu** | **trifft überwiegend zu** | **trifft voll zu** |
| Ich habe den Überblick darüber, welche schulischen Tätigkeiten mein Kind mit dem Tablet erledigt. | □ | □ | □ | □ |
| Ich habe den Überblick darüber, was mein Kind grundsätzlich mit dem Tablet macht. | □ | □ | □ | □ |
| Mein Kind kümmert sich selbstständig darum, dass Tablet und Stift täglich aufgeladen werden. | □ | □ | □ | □ |
| Ich habe jederzeit Zugriff auf das schulische Tablet meines Kindes. | □ | □ | □ | □ |
| Ich bin mit den Organisationsstrukturen auf dem Tablet meines Kindes vertraut. (z.B. Ablage von Schulmaterial und Hefteinträgen) | □ | □ | □ | □ |
| Ich habe die schulischen Passwörter meines Kindes archiviert. | □ | □ | □ | □ |
| Mein Kind hat eine übersichtliche Struktur für Fächer und Materialien am Tablet. | □ | □ | □ | □ |
| Mein Kind findet jederzeit gezielt und problemlos gesuchte Unterrichts- materialien am Tablet. | □ | □ | □ | □ |
| Durch den Besuch einer Tablet-Klasse hat mein Kind eine höhere Kompetenz im Umgang mit sozialen Netzwerken. | □ | □ | □ | □ |

**1. In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** *(Bitte eine Antwort pro Zeile auswählen.)*

**2. Wie oft kontrollieren Sie die schulischen Inhalte am Tablet Ihres Kindes?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **mehrmals pro Woche** | **einmal pro Woche** | **mehrmals pro Monat** | **einmal pro Monat** | **einmal im Halbjahr** | **einmal pro Schuljahr** | **nie** |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Haben Sie zu Hause die private Nutzung des Tablets in irgendeiner Form eingeschränkt?** | □ **ja** | □ **nein** |

**4. Welche Einschränkung trifft auf Sie zu?** *(Bitte eine Antwort pro Zeile auswählen.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **trifft zu** | **trifft nicht zu** |
| Ich weise mein Kind im Gespräch darauf hin, das Tablet seltener zu nutzen. | □ | □ |
| Ich habe feste Zeiten für die private Nutzung des Tablets mit meinem Kind vereinbart. | □ | □ |
| Ich nutze die Funktion "Bildschirmzeit" am Tablet, um die private Nutzung zu regulieren. | □ | □ |

**5. In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** *(Bitte eine Antwort pro Zeile auswählen.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **trifft nicht zu** | **trifft kaum zu** | **trifft überwiegend zu** | **trifft voll zu** |
| Ich werde regelmäßig über Ablauf und Planungen in den Tablet-Klassen unterrichtet. | □ | □ | □ | □ |
| Ich werde in den Ablauf und die Planungen in den Tablet-Klassen mit einbezogen. | □ | □ | □ | □ |
| Ich werde von der Schule mit Informationsmaterialien und Beratungsangeboten zur Tablet-Nutzung unterstützt. | □ | □ | □ | □ |
| Bei Fragen, Wünschen oder Bedenken zur Anschaffung, Nutzung und Reglementierung des Tablets kann ich mich mit der Schule austauschen. | □ | □ | □ | □ |

**6. Was wünschen Sie sich von der Schule, um die Tablet-Klassen noch besser zu machen? Nennen und beschreiben Sie kurz!**

|  |
| --- |
|  |