

# PIQ

## Perceptions of Inclusion Questionnaire

### Version française – Élève

Mon nom : ..... Date de naissance : .....

Je suis :  un garçon  une fille Degré scolaire : .....

Comment ça va à l'école ? Lis bien chaque phrase et coche la case qui te correspond le mieux. Réponds s'il te plaît à toutes les questions ! Il n'y a pas de réponse juste ou fausse.

|  | Pas du tout vrai         | Plutôt pas vrai          | Plutôt vrai              | Tout à fait vrai         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. J'aime aller à l'école.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai beaucoup d'ami(e)s dans ma classe.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'apprends vite.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je n'ai pas envie d'aller à l'école.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Je m'entends très bien avec les autres élèves de ma classe.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'arrive à faire des exercices très difficiles.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. L'école me plaît.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me sens seul(e) dans ma classe.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Je suis un(e) bon(ne) élève.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. L'école est amusante.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'ai de très bonnes relations avec les autres élèves.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. A l'école, beaucoup de choses sont trop difficiles pour moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# PIQ

## Perceptions of Inclusion Questionnaire

### Version française – Parent

Nom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Sexe de l'enfant :  Garçon  Fille

Degré scolaire : .....

Nous aimerions savoir comment va votre fils/fille à l'école. Lisez attentivement chaque phrase et cochez la case qui correspond le mieux à votre enfant. Répondez s'il vous plaît à toutes les questions.

|     |   | Pas du tout vrai         | Plutôt pas vrai          | Plutôt vrai              | Tout à fait vrai         |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Il/Elle aime aller à l'école.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Il/Elle a beaucoup d'ami(e)s dans sa classe.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Il/Elle apprend vite.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Il/Elle n'a pas envie d'aller à l'école.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Il/Elle s'entend très bien avec les autres élèves de sa classe.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Il/Elle arrive à faire des exercices très difficiles.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | L'école lui plaît.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Il/Elle se sent seul(e) dans sa classe.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Il/Elle est un(e) bon(ne) élève.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Il/Elle trouve l'école amusante.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Il/Elle a de très bonnes relations avec les autres élèves.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | A l'école, beaucoup de choses sont trop difficiles pour lui/elle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# PIQ

## Perceptions of Inclusion Questionnaire

### Version française – Enseignant

Nom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Sexe de l'enfant :  Garçon  Fille

Degré scolaire : .....

Nous aimerions savoir comment va l'enfant à l'école. Lisez attentivement chaque phrase et cochez la case qui correspond le mieux à l'élève. Répondez s'il vous plaît à toutes les questions.

|     |   | Pas du tout vrai         | Plutôt pas vrai          | Plutôt vrai              | Tout à fait vrai         |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Il/Elle aime aller à l'école.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Il/Elle a beaucoup d'ami(e)s dans sa classe.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Il/Elle apprend vite.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Il/Elle n'a pas envie d'aller à l'école.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Il/Elle s'entend très bien avec les autres élèves de sa classe.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Il/Elle arrive à faire des exercices très difficiles.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | L'école lui plaît.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Il/Elle se sent seul(e) dans sa classe.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Il/Elle est un(e) bon(ne) élève.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Il/Elle trouve l'école amusante.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Il/Elle a de très bonnes relations avec les autres élèves.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | A l'école, beaucoup de choses sont trop difficiles pour lui/elle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

