

Nome e Cognome			
	classe		data
Ti è piaciuto questo compito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai seguito con attenzione le attività proposte?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai compreso le istruzioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai rispettato le istruzioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Ti sei impegnato durante il lavoro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai incontrato delle difficoltà durante l'esecuzione delle attività proposte?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai utilizzato gli strumenti e i materiali con facilità ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai potuto collaborare con i compagni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Hai imparato qualcosa di nuovo che prima non sapevi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Sei soddisfatto del prodotto realizzato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Ciò che hai imparato ti servirà per le attività future?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
Come ti sei sentito durante lo svolgimento delle attività? (barrare le voci interessate)	<input type="checkbox"/> Sicuro <input type="checkbox"/> Bisognoso di guida <input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Demotivato <input type="checkbox"/> Propositivo <input type="checkbox"/> Annoiato <input type="checkbox"/> Incerto	<input type="checkbox"/> Distratto <input type="checkbox"/> Collaborativo <input type="checkbox"/> Interessato <input type="checkbox"/> Soddisfatto dei risultati