

Lugar: _____
Identificación del grupo de padres: _____



El Programa AÑOS INCREIBLES para Padres: Evaluación Semanal:

Por favor circule una de las respuestas debajo de cada pregunta.

Sesión: _____ Fecha: _____

Su Número de Identificación del grupo de padres: _____

1. Siento que el contenido de esta sesión fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
2. Siento que los ejemplos del video fueron: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
3. Siento que la enseñanza del líder del grupo fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
4. El discurso del grupo fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*

Comentarios Adicionales:

El Programa AÑOS INCREIBLES para Padres: Evaluación Semanal:

Por favor circule una de las respuestas debajo de cada pregunta.

Sesión: _____ Fecha: _____

Su Número de Identificación del grupo de padres: _____

1. Siento que el contenido de esta sesión fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
2. Siento que los ejemplos del video fueron: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
3. Siento que la enseñanza del líder del grupo fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*
4. El discurso del grupo fue: *No Útil* *Neutral* *Útil* *Muy Útil*

Comentarios Adicionales: