

## Forma de Evaluación de Actividad Paternal

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de Actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de Actividad: \_\_\_\_\_

Oí sobre esta actividad por:

Una hoja informativa enviada a casa    Noticias del Mes    Una llamada

Un Profesor    Otro Padre

La actividad era sobre:

Matemáticas

Lectura

Escritura

Otro

Fue alimento proporcionado antes, durante, o después de esta actividad?

Si      No

Fue cuidado para sus niños proporcionado para esta actividad?

Si      No

Proveyeron intérpretes para los padres que no hablaban inglés?

Si      No      No Sé

Aprendí:

Nada

Un poco

Algo

Mucho

Mucho más

¿Qué confidente están ustedes sobre la ayuda de su niño (s) después de la actividad?

No muy

Un poco

Algo

Mucho

Mucho mas

Podría usted asistir a actividades similares?

Si

No

Podría usted recomendar esta actividad a otro padre?

Si

No

¿Qué otras actividades quisiera usted ofrecidas para padres por la escuela de sus niños?

---

---

Que días/ tiempo es el mejor para usted asistir a actividades paternas?

Días: L M M J V Tiempos: Mañana

Medio Día

Tarde

¡Gracias!