

ENCUESTA

¡TU OPINIÓN ES IMPORTANTE!

Queremos saber qué te parecieron las clases y actividades. Marca la opción que mejor represente tu opinión

N.º	Pregunta	MUCHO	POCO	NADA
1	¿Comprendí el tema trabajado durante la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Las actividades realizadas me ayudaron a aprender mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Las explicaciones del docente fueron claras y fáciles de entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se utilizaron recursos tecnológicos (videos, juegos, presentaciones u otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Los materiales manipulativos o didácticos utilizados hicieron la clase más interesante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Tuve la oportunidad de participar activamente durante las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Las actividades fueron divertidas y mantuvieron mi atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Pude responder correctamente las actividades propuestas al finalizar la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Me sentí cómodo(a) participando y expresando mis ideas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	En general, ¿estoy satisfecho(a) con la forma en que se desarrolló la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>