Southern New Hampshire Services

Child Development Program

**Head Start Encuesta de Salida para Los Padres**

1. Porqué escogió participar en Head Start?
2. Qué efecto ha tenido el programa de Head Start en su niño?

3. Cómo Head Start hizo diferencia en la vida de su niño y/o su familia?

4. Cómo preparó el programa de Head Start a su niño para el kinder?

5. Qué sugerencias tiene para mejorar el programa de Head Start?

6. *Estaría disponible para compartir su experiencia en* Head Start con nuestro programa y la oficina de Head Start para el uso en folletos, reports, y en nuestros esfuerzos de reclutamiento en la comunidad? Si \_\_\_ No \_\_\_

(Forma disponible para completar, no es necesario identidad si es solicitada)

Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dia Completo \_\_\_\_ Medio Dia \_\_\_\_

Años en el Programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_