

DATOS DEL CENTRO

CENTRO EDUCATIVO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

C.P.

NÚMERO DE LINIAS DE PRIMARIA:

NÚMERO TOTAL DE ALUMNOS:

NÚMERO DE PROFESORES/AS EN EL CICLO DE PRIMARIA:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPRESENTA AL CENTRO:

TELÉFONO:

E-MAIL:

QUEREMOS CONOCER VUESTRA OPINIÓN:

- ¿CONSIDERAS INTERESANTE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMPRENEDORA? SI NO
- ¿CREES QUE SE PODRIA APLICAR EN TU CENTRO ? SI NO
- ¿CONSIDERAS QUE EL CLAUSTRO DE PROFESORES/AS ESTARIA DE ACUERDO EN REALIZAR ESTE PROCESO DE FORMACIÓN? SI NO
- ¿CONSIDERAS QUE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA SUPONDRIA UNA MEJORA PARA TU CENTRO ? SI NO
- ¿INSCRIBIRIAS A TU CENTRO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DURANTE EL PRÓXIMO CURSO ? SI NO

COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS: