

STANISLAUS COUNTY OFFICE OF EDUCATION

CHILD & FAMILY SERVICES

TRAINING EVALUATION SHEET

Session Title: _____ Date: _____

Your Position: _____

Delegate Agency: _____

Based on your own judgement, how would you describe the following aspects of this training event?

	Very Good	Good	Fair	Poor
1. Contents of the sessions	_____	_____	_____	_____
2. Relevance of materials to your needs.....	_____	_____	_____	_____
3. Clarity of presentations and materials.....	_____	_____	_____	_____
4. Responsiveness of trainer(s) to questions	_____	_____	_____	_____
5. Effectiveness of method(s) used to present the topic	_____	_____	_____	_____
6. Which part of the event was most helpful? _____				
7. How could the event be improved? _____				
8. How would you evaluate the event overall? _____				

Next Steps: How do you plan to implement what you just learned at this training? _____

STANISLAUS COUNTY OFFICE OF EDUCATION

CHILD & FAMILY SERVICES

EVALUACIÓN

Título de sesión _____ Fecha: _____

Posición: _____

Agencia Delegada: _____

De acuerdo a su propia opinión: ¿Cómo describiría los aspectos de la presentación?

	Muy <u>Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Reg.</u>	<u>Débil</u>
1. Contenido de la sesión	_____	_____	_____	_____
2. El material era pertinente a sus necesidades e intereses.....	_____	_____	_____	_____
3. Claridad de la presentación y los materiales	_____	_____	_____	_____
4. Reacción del presentador a las preguntas del grupo.....	_____	_____	_____	_____
5. Efectividad del método usado para presentar el tema	_____	_____	_____	_____
6. ¿Qué parte de la presentación fue más útil para usted? _____				
7. ¿Cómo se podría mejorar este proyecto de entrenamiento? _____				
8. En general: ¿Cómo evaluaría usted la presentación ? _____				

Próximos pasos: ¿Cómo piensa realizar lo que aprendió en este entrenamiento? _____
