

Educación por padre/madre de familia

Me gustaría poder hacerle algunas preguntas acerca de su educación formal (escolar), desde el preescolar y/o primaria, hasta sus últimos estudios; ya sea que hayan sido en México o aquí en Canadá.

Nombre _____

Preescolar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escuela Pública <input type="checkbox"/>	Escuela Privada <input type="checkbox"/>	Bilingüe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Idioma _____
Ciudad/País: _____		
De _____ a _____	¿Obtuvo certificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Primaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escuela Pública <input type="checkbox"/>	Escuela Privada <input type="checkbox"/>	Bilingüe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Idioma _____
Ciudad/País: _____		
De _____ a _____	¿Obtuvo certificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Secundaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escuela Pública <input type="checkbox"/>	Escuela Privada <input type="checkbox"/>	Bilingüe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Idioma _____
Ciudad/País: _____		
De _____ a _____	¿Obtuvo certificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Preparatoria/Bachillerato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escuela Pública <input type="checkbox"/>	Escuela Privada <input type="checkbox"/>	Bilingüe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Idioma _____
Ciudad/País: _____		
De _____ a _____	¿Obtuvo certificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Estudios de Postgrado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Universidad Pública <input type="checkbox"/>	Universidad Privada <input type="checkbox"/>	
Área de Especialidad _____		
Ciudad/País: _____		
De _____	a _____	¿Obtuvo título? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Estudios Doctorales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Universidad Pública <input type="checkbox"/>	Universidad Privada <input type="checkbox"/>	
Área de Especialidad _____		
Ciudad/País: _____		
De _____	a _____	¿Obtuvo título? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Año</i>	<i>Año</i>	

Otros Estudios	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Institución Pública <input type="checkbox"/>	Institución Privada <input type="checkbox"/>	
Área de Especialidad _____		
Ciudad/País: _____		
De _____	a _____	¿Obtuvo certificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Año</i>	<i>Año</i>	