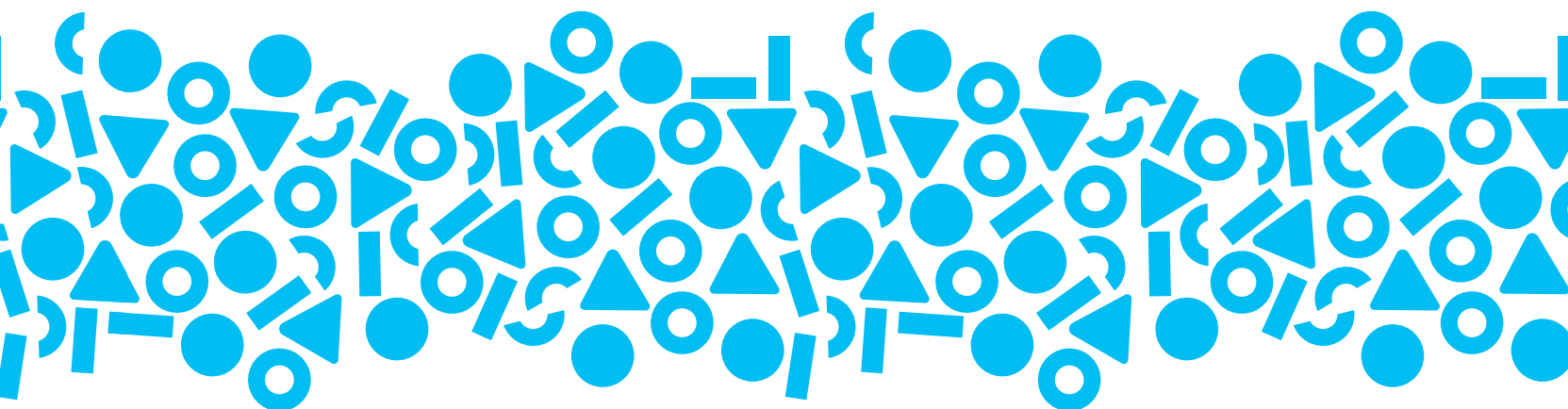


# Cuadernillo para estudiantes

**Aprender 2022** Plan de  
Evaluación  
2021-2022

**Prueba Muestral**  
6° grado de la Educación Primaria  
**Modelo 1**



.....  
Jurisdicción

CUE

Anexo

.....  
Sección

Turno

ID Estudiante

 **la educación**  
nuestra bandera

Secretaría de Evaluación  
e Información Educativa



Ministerio de Educación  
**Argentina**



## ¡Hola, chicas y chicos!

Les vamos a dar unas instrucciones para que sepan cómo contestar las pruebas y el Cuestionario para Estudiantes.

Este cuadernillo está compuesto por:

- 1 Hoja de respuestas para ítems de respuesta cerrada de Lengua
- 1 Hoja de respuestas para ítems de respuesta cerrada de Matemática
- 1 Cuestionario para estudiantes

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

Leé atentamente cada pregunta y rellena completamente el cuadrado que corresponda a tu opción de respuesta.

### Ejemplo de cómo rellenar



### Respuestas no válidas



El cuestionario se debe responder siempre con el lápiz negro que te dieron junto con el formulario. En caso de querer modificar tu respuesta, borra completamente el cuadrado utilizando la goma recibida y marca la opción que consideres correcta.

- Las pruebas con los ejercicios están en dos cuadernillos aparte. Cada ejercicio tiene 4 opciones de respuesta (designadas con las letras A, B, C y D). Siempre tenés que elegir una sola opción entre las cuatro disponibles.

- Para responder estos ejercicios tenés que marcar la opción en la Hoja de respuestas que corresponde al área que estás contestando.

- Podés hacer anotaciones y usar como borrador el Cuadernillo de la prueba, pero siempre las respuestas las tenés que marcar en la Hoja de respuestas.

- Cuando resuelvas la prueba de Matemática, podés usar el espacio en blanco que hay entre ítem e ítem, como ayuda para pensar el ejercicio.

- Es importante que respondas todas las preguntas.
- No se podrá usar el celular en ningún momento.
- No te detengas mucho tiempo en los ejercicios que te resulten difíciles. Lo mejor es continuar con los siguientes y volver a los que te resultaron difíciles después de haber respondido los demás.
  - Si te sobra tiempo al final, acordate de revisar tus respuestas.
  - Al terminar de responder las hojas que corresponden a las áreas evaluadas, debés contestar el Cuestionario complementario ubicado en este Cuadernillo para Estudiantes.





<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>







<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>







¡Hola!

## ¿Por qué es importante responder este cuestionario?

Es importante porque tus respuestas nos permitirán relacionar los resultados de las evaluaciones con otros temas vinculados, por ejemplo, a tu experiencia en la escuela. En este cuestionario encontrarás algunas preguntas personales que pueden resultarte algo extrañas, pero son sumamente valiosas. Tu opinión y participación es importante, por eso te pedimos que completes el cuestionario hasta el final.

### ¡Nos importa mucho lo que nos quieras contar!

Por favor, lee y contestá con tranquilidad todas las preguntas de este cuestionario. Recordá que este cuestionario no es una prueba y que no hay respuestas correctas o incorrectas. Te pedimos que respondas siempre de acuerdo a tu opinión o según lo que te parece. El cuestionario es anónimo para que puedas expresarte con libertad: nadie podrá saber que estas respuestas son tuyas.

### Si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.

¡Muchas gracias por participar!

A continuación, te contamos cómo completar este cuestionario. Hay diferentes tipos de preguntas:

### EJEMPLO 1. Preguntas para seleccionar UNA opción

#### x ¿En qué país naciste?

(Seleccioná una opción)

Argentina	<input checked="" type="checkbox"/>	Uruguay	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>	Venezuela	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>	Otro país de América	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>	En un país de Europa	<input type="checkbox"/>
Colombia	<input type="checkbox"/>	En un país de Asia	<input type="checkbox"/>
Ecuador	<input type="checkbox"/>	En un país de África	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>		

**EJEMPLO 2. Preguntas para marcar UNA opción POR RENGLÓN****A) Preguntas para seleccionar SÍ o NO**

**x** ¿Disponés de los siguientes objetos o servicios en el lugar donde vivís?  
(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
Baño con ducha o bañera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canilla con agua apta para el consumo humano	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lavarropas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Consola de videojuegos ( <i>PlayStation, Nintendo Wii, Xbox, PC Gamer, otras</i> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Computadora (computadora de escritorio, <i>laptop, netbook, etc.</i> )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lector de libros digitales ( <i>e-book</i> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexión a Internet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de <i>streaming</i> por suscripción ( <i>Netflix, Amazon, Disney+, otros</i> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Televisión por cable o digital	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**B) Preguntas para marcar UNA opción POR RENGLÓN**

**x** Durante la semana pasada, ¿realizaste lo siguiente?, ¿cuánto tiempo?  
(Marcá una opción por renglón)

	No realicé esta tarea	Algunos días	De lunes a viernes	Todos los días
Ayudar en el trabajo a familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trabajar para una persona no familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EJEMPLO 3. Preguntas para seleccionar TODAS las opciones que consideres**

**x ¿Con quién o quiénes vivís?**

Seleccioná según sea tu caso. Por ejemplo, si vivís con tus dos mamás seleccioná dos veces Madre, si vivís con tu mamá y tu papá seleccioná Madre y Padre solo una vez.

(Seleccioná todas las opciones que consideres)

Madre	<input checked="" type="checkbox"/>
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>
Pareja de mi madre o de mi padre	<input type="checkbox"/>
Hermana(s) o hermano(s) menor(es)	<input checked="" type="checkbox"/>
Hermana(s) o hermano(s) mayor(es)	<input type="checkbox"/>
Tía(s) o tío(s)	<input type="checkbox"/>
Abuela(s) o abuelo(s)	<input checked="" type="checkbox"/>
Otra(s) persona(s)	<input type="checkbox"/>

*Si vivís en distintas casas,  
respondé por aquella en la  
que dormiste más días la  
semana pasada.*

## Cuestionario para estudiantes

De aquí en adelante encontrarás las preguntas del cuestionario. Recordá que no hay respuestas correctas o incorrectas. Te pedimos que respondas siempre de acuerdo a tu opinión o según lo que te parece.

**¡Ahora sí! Si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.**

### En esta primera sección queremos saber de vos, para eso te vamos a preguntar algunos datos personales

#### 1 ¿Cuántos años tenés?

(Seleccioná una opción)

- 10 años o menos
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años o más

#### 2 ¿Cuál es el mes de tu cumpleaños?

(Seleccioná una opción)

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3 ¿Cuál es el sexo que figura en tu DNI?

(Seleccioná una opción)

- Masculino
- Femenino
- X



**4 ¿En qué país naciste?**

(Seleccioná una opción)

- Argentina
- Bolivia
- Brasil
- Chile
- Colombia
- Ecuador
- Paraguay
- Perú
- Uruguay
- Venezuela
- Otro país de América
- En un país de Europa
- En un país de Asia
- En un país de África
- Otro

**5 ¿Tu madre o tu padre nacieron en otro país que no sea Argentina?**

(Seleccioná una opción)

- Sí
- No



**6 ¿Tu madre o tu padre pertenecen a un pueblo indígena u originario o son descendientes de una familia indígena u originaria?**(Seleccioná una opción)Sí No **7 ¿Tu madre o tu padre son afrodescendientes?**(Seleccioná una opción)Sí No 

Recordá que si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.

**8 La semana pasada, ¿dónde dormiste más días?**(Seleccioná una opción)En la casa o departamento familiar En un hogar de niñas y niños o similar En una pensión familiar, casa hogar, hotel, etc En una casa club o pensión deportiva En la escuela En otro lugar **9 Contándote a vos, ¿con cuántas personas vivís?**(Seleccioná una opción)2  3  4  5  6  7  8  9  10 o más 

Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.

De aquí en adelante te vamos a hacer algunas preguntas sobre tú familia. En algunas familias hay, por ejemplo, 2 mamás o 2 papás, en otras, hay 1 mamá y(o) 1 papá. Te pedimos que respondas según sea tu caso

**10 ¿Con quién o quiénes vivís?**

(Seleccioná según sea tu caso. Por ejemplo, si vivís con tus dos mamás seleccioná dos veces **Madre**, si vivís con tu mamá y(o) tu papá seleccioná **Madre** y(o) **Padre** solo una vez)

- a. Madre
- b. Padre
- c. Madre
- d. Padre
- e. Pareja de mi madre o padre
- f. Hermana(s) o hermano(s) menor(es)
- g. Hermana(s) o hermano(s) mayor(es)
- h. Tía(s) o tío(s)
- i. Abuela(s) o abuelo(s)
- j. Otra(s) persona(s)

*Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

**11 En total, ¿cuántas habitaciones o espacios para dormir hay en el lugar donde vivís, sin contar baño y cocina?**

(Seleccioná una opción)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 o más

*Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

**12 ¿Disponés de los siguientes objetos o servicios en el lugar donde vivís?**(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
a. Baño con ducha o bañera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lavarropas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Televisión por cable o digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Canilla con agua apta para el consumo humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Servicio de <i>streaming</i> por suscripción ( <i>Netflix, Amazon, Disney+</i> , otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Computadora (computadora de escritorio, <i>laptop, netbook</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Consola de videojuegos ( <i>PlayStation, Nintendo Wii, Xbox, PC Gamer</i> , otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. <i>Tablet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Lector de libros digitales ( <i>e-book</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.**

**13 Aproximadamente, ¿cuántos libros hay en el lugar donde vivís?**(Seleccioná una opción. No incluir libros digitales)

No tengo libros en formato papel	<input type="checkbox"/>
De 1 a 5 libros	<input type="checkbox"/>
De 6 a 20 libros	<input type="checkbox"/>
De 21 a 50 libros	<input type="checkbox"/>
De 51 a 100 libros	<input type="checkbox"/>
Más de 100 libros	<input type="checkbox"/>

**Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.**



**14 En el lugar donde vivís, ¿tenés un lugar tranquilo para estudiar?**

(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

*Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

**15 ¿Tenés celular propio?**

(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

Si seleccionaste esta opción, continuá con la **pregunta 17**

**16 Desde tu celular, ¿podés acceder a Internet por medio de datos?**

(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

**17 ¿Cuál fue el último nivel educativo alcanzado por tu(s) madre(s), padre(s) o tutora, tutor o persona adulta responsable?**

Completá las filas según tu caso. Por ejemplo, si tenés mamá y papá, tenés que completar *Fila 1 (Madre)* y *Fila 2 (Padre)*, si tenés dos mamás, tenés que completar *Fila 1 (Madre)* y *Fila 3 (Madre)* y así para el resto de las posibilidades.

(Tené en cuenta que en esta pregunta van a quedar filas y columnas vacías. Marcá una opción por renglón, según tu caso)

	Primario	Secundario	Terciario, universitario o posgrado	No fue a la escuela
a. <i>Fila 1.</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>Fila 2.</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Fila 3.</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>Fila 4.</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <i>Fila 5.</i> Tutora, tutor o persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Recordá que si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.*

Si seleccionaste "No fue a la escuela" en todas tus respuestas continuá con la **pregunta 19**.

**18 El último nivel educativo alcanzado por tu(s) madre(s), padre(s) o tutora, tutor o persona adulta responsable, ¿fue completado?**

(Teniendo en cuenta el orden de la respuesta anterior, marcá una opción por renglón, según tu caso. Recordá que en esta pregunta van a quedar filas y columnas vacías)

	Sí, completó el nivel educativo	No, no completó el nivel educativo	
a. <i>Fila 1.</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Recordá que si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.</i>
b. <i>Fila 2.</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Fila 3.</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Fila 4.</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <i>Fila 5.</i> Turora, tutor o persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**19 La semana pasada, ¿realizaste alguna de las siguientes tareas?, ¿cuánto tiempo le dedicaste?**

(Marcá una opción por renglón)

	No realicé esta tarea	Algunos días	De lunes a viernes	Todos los días
a. Cuidar a un familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuidar a una persona no familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realizar distintas tareas, como limpiar, lavar platos o ropa, cocinar, hacer las compras, cuidar animales domésticos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Buscar agua o leña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cultivar o cosechar en la huerta, ordeñar o cuidar animales de granja o campo para consumir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**20 Durante la semana pasada, ¿realizaste lo siguiente?, ¿cuánto tiempo?**

(Marcá una opción por renglón)

	No realicé esta tarea	Algunos días	De lunes a viernes	Todos los días
a. Ayudar en el trabajo a familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajar para una persona no familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21 En el último mes, durante tu tiempo libre, ¿realizaste las siguientes actividades fuera de tu escuela?**

(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
a. Usar redes sociales ( <i>YouTube, Twitch, Instagram, Tik Tok, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ver series, películas o videos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realizar actividades deportivas o físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jugar de manera digital ( <i>online u offline</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aprender idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Crear contenidos para redes sociales ( <i>YouTube, Twitch, Instagram, Tik Tok, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A continuación, te vamos a preguntar sobre tu historia escolar**

**22 ¿Fuiste al jardín de infantes?**

(Seleccioná una opción)

- Sí, fui al jardín antes de los 4 años
- Sí, fui al jardín desde sala de 4
- Sí, fui al jardín desde sala de 5
- No, no fui al jardín



**23 ¿Repetiste de grado alguna vez?**(Seleccioná una opción)

- No
- Sí, una vez
- Sí, dos veces
- Sí, tres veces o más

---

**Ahora, te pedimos que nos cuentes cómo es tu experiencia en la escuela****24 En lo que va de este año, ¿cuántas veces faltaste?**(Seleccioná una opción)

- Ninguna vez
- Entre 1 y 5 veces
- Entre 6 y 9 veces
- Entre 10 y 15 veces
- Entre 16 y 20 veces
- Más de 20 veces



**25** En general, ¿cuáles fueron los tres principales motivos por los que faltaste a la escuela?

(Seleccioná los tres motivos más importantes)

- a. Problemas de salud propios
- b. Problemas de salud de algún familiar
- c. Problemas de acceso a la escuela (debido al clima o al transporte)
- d. Por llegar tarde a clases
- e. No tenía ganas de ir a la escuela
- f. Tenía que ayudar con las tareas del hogar
- g. Tenía que cuidar a una o varias personas de la familia
- h. Estaba trabajando
- i. Estaba transitando mi periodo menstrual
- j. Otro motivo

**26** Habitualmente, ¿qué medios utilizas para llegar a tu escuela?

(Seleccioná los dos principales medios utilizados)

- a. Auto o moto
- b. Remis, taxi, aplicaciones
- c. Colectivo
- d. Transporte escolar
- e. Bicicleta
- f. Tren o subterráneo
- g. Únicamente caminando
- h. Lancha
- i. Caballo o mula
- j. Otros medios



**27** Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela?(Seleccioná una opción)

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Menos de media hora         | <input type="checkbox"/> |
| Entre media hora y una hora | <input type="checkbox"/> |
| Entre una hora y dos horas  | <input type="checkbox"/> |
| Más de dos horas            | <input type="checkbox"/> |

**28** Según tu opinión...(Marcá una opción por renglón)

	Muy bien	Bien	Más o menos bien	No muy bien
a. ¿Cómo lees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cómo escribís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cómo resolvés los problemas que tienen cálculos matemáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cómo resolvés los problemas de geometría (construir figuras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29** ¿Te gusta ir a la escuela?(Seleccioná una opción)

- |    |                          |
|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |



**30** ¿Te llevás bien con tus compañeras y compañeros?

(Seleccioná una opción)

- Sí, con todas y todos
- Sí, con la mayoría
- Sí, con algunas y algunos
- Sí, con pocas y pocos
- No me llevo bien con ninguna o ningún compañero

**Para finalizar, queremos saber sobre los libros que te entregó la escuela**

**31** ¿Recibiste este año los libros de Lengua y Matemática distribuidos por el programa “Libros para Aprender” del Ministerio de Educación de la Nación?

(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

Si seleccionaste esta opción, continuá con la pregunta 35

Recordá que si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.

**32** ¿Usás los libros en las clases de Lengua o de Matemática?

(Marcá una opción por renglón)

	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
a. Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**33 ¿Usás los libros en el lugar donde vivís para estudiar o para hacer tus tareas?**(Marcá una opción por renglón)

	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
a. Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34 ¿Te parece que los libros te ayudan a aprender?**(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

**35 ¿Te parece importante que las y los estudiantes reciban libros?**(Seleccioná una opción)

- Sí
- No

**¡Muchas gracias por completar el cuestionario!****Tu participación es importante para la educación de nuestro país.**