

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL  
PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD INFANTIL  
EN LOS CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES**

**FEBRERO 2015**

*Estimado/a usuario/a:*

*Es nuestro deseo proporcionarle a través del **Programa de Psicomotricidad Infantil** desarrollado en los Centros Deportivos Municipales, un servicio de calidad y utilidad.*

*Por ese motivo hemos confeccionado una encuesta, en la que tratamos de conocer su opinión respecto a la atención que recibe y las sugerencias que estime oportunas para mejorar la calidad de la oferta de dicho programa.*

*Conocer su opinión es vital para que la atención del Ayuntamiento de Madrid a sus ciudadanos/as pueda mejorar.*

*Este estudio es anónimo, por lo que no se requiere que indique ningún tipo de dato personal.*

*Podrá consultar los resultados de este estudio a partir del mes de abril 2015 en <http://www.madrid.es/Deportes>*

*Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludamos atentamente y quedamos a su disposición.*

**En caso de que opte por cumplimentarla, le rogamos la entregue lo antes posible en la oficina del Centro Deportivo Municipal.**

**CENTRO DEPORTIVO:**

**FECHA:** \_\_/\_\_/\_\_

**DISTRITO MUNICIPAL:**

**Comienza atrás** ⇨⇨⇨

**¿Cómo conoció usted el Programa de Psicomotricidad Infantil?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por información del Centro Deportivo | <input type="checkbox"/> Por folletos y publicidad del Ayuntamiento |
| <input type="checkbox"/> Por un amigo/familiar/vecino         | <input type="checkbox"/> Por el pediatra u otro especialista        |
| <input type="checkbox"/> Por el Centro Escolar                | <input type="checkbox"/> No sabe                                    |
| <input type="checkbox"/> Por la web municipal (Internet)      | <input type="checkbox"/> Otros: _____                               |

**Actualmente tienen inscritos:**

- Un alumno/a                       Dos hermanos/as                       Más de dos hermanos/as

**¿De los alumnos/as inscritos, para el de mayor antigüedad, este curso sería?**

- Su primer curso                       Su segundo Curso                       Tercer curso o más

**¿Anteriormente ha estado inscrito algún otro hermano/a?**

- Si     No     No Sabe

**¿Qué motivos u objetivos le motivaron para inscribir al alumno/s?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Es una actividad educativa adecuada a la edad           | <input type="checkbox"/> Disfrutar del juego y el movimiento    |
| <input type="checkbox"/> Es una ayuda en su proceso de desarrollo.               | <input type="checkbox"/> Mejorar sus dificultades de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Como medio para iniciarse en las actividades deportivas | <input type="checkbox"/> Otros: _____                           |

Califique con valores que vayan de 0 a 10, siendo 10 la máxima puntuación y 0 la más baja, su satisfacción con las siguientes cuestiones en relación al **Centro Deportivo**.

Accesibilidad a las Instalaciones del Centro Deportivo	
Seguridad de las Instalaciones del Centro Deportivo	
Confort de la Sala de Espera (si se dispone)	
Limpieza y conservación de los aseos	
Procedimiento de inscripción o renovación	
Posibilidad de realizar gestiones por Internet	
Atención y disposición del personal del Centro Deportivo	
<b>Grado de satisfacción general en el Centro Deportivo</b>	

Califique con valores que vayan de 0 a 10, siendo 10 la máxima puntuación y 0 la más baja, su satisfacción con las siguientes cuestiones en relación a la **Sala de Psicomotricidad**.

Facilidad de acceso	
Superficie disponible	
Limpieza e higiene	
Dotación de material	
<b>Grado de satisfacción general con la Sala de Psicomotricidad</b>	

Califique con valores que vayan de 0 a 10, siendo 10 la máxima puntuación y 0 la más baja, su satisfacción con las siguientes cuestiones en relación al **Técnico/a que Imparte la actividad**

La atención y disponibilidad en el trato con los alumnos/as	
La atención y disponibilidad en el trato con los padres/madres/tutores	
El interés y dedicación mostrados en el desempeño de su labor	
La profesionalidad mostrada en el desempeño de su labor	

**Grado de satisfacción general con el Técnico de Psicomotricidad**

**Respecto al Servicio de Psicomotricidad Infantil**

<i>En relación a la Programación de las Sesiones, le parece adecuado:</i>		
<i>¿El número de sesiones semanales?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿La duración de las sesiones?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿Los horarios?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El número de alumnos?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿La puntualidad en el comienzo y final de las sesiones?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>En relación a las Tutorías, le parece adecuado:</i>		
<i>¿El número de Tutorías anuales?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El tiempo destinado en cada una?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El sistema para solicitarlas?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿La puntualidad en el comienzo y final de la tutoría?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿La claridad de la información transmitida?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El contenido de la información recibida?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El Confort del espacio destinado a las tutorías</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿La Privacidad del espacio destinado a las tutorías</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>En relación al Programa de Psicomotricidad en general, considera que:</i>		
<i>¿El/la alumno /a acude contento/a?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El/la alumno /a sale satisfecho de las sesiones?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿El precio en relación al servicio ofrecido es adecuado?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿Se cumplen suficientemente los objetivos del Programa?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿Recomendaría esta actividad a familiares o amigos?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**Finalmente, valore globalmente su grado de satisfacción con el servicio de Psicomotricidad.**

Califique con valores que vayan de 0 a 10, siendo 0 la mínima y 10 la máxima puntuación →

**En cuanto a las expectativas que usted tenía al comienzo, diría que el servicio ha sido:**

- Mejor de lo que esperaba    Igual a lo esperado    Peor de lo que esperaba

**¿Hay alguna otra sugerencia, observación o comentario que le gustaría aportar sobre el Programa de Psicomotricidad Infantil?**

---



---



---



---



---



---



---



---

*Por favor, indique si esta encuesta ha sido cumplimentada por:*

- La madre del alumno*       *El padre del alumno*       *Ambos conjuntamente*  
 *Otra persona responsable del alumno/a (familiares o cuidadores)*

***MUCHAS GRACIAS***  
***POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN***