

**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	
Grado de satisfacción general en el Centro Deportivo	

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	
Grado de satisfacción general con la Sala de Psicomotricidad	

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

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