

**PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LA NIEVE
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS/AS
 ENERO a MARZO de 2016**

Con la finalidad de mejorar nuestro servicio y corregir posibles deficiencias en el mismo, le agradecemos su colaboración respondiendo a las preguntas de este cuestionario, de la manera más precisa posible.

PAQUETE FAMILIAR PAQUETE INDIVIDUAL

SEXO * HOMBRE MUJER EDAD <16 16 a 30 31 a 45 46 >

SI SE TRATA DE UN PAQUETE FAMILIAR INDIQUE POR FAVOR n.º DE MUJERES Y HOMBRES, Y EL NUMERO DE PERSONAS EN CADA GRUPO DE EDAD.

Información e Inscripción

| | AGENCIA DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA | FOLLETO | WEB | FAMILIAR O AMIGO | OTROS |
|--|-------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| ¿Cómo le llegó la información sobre la existencia de esta actividad? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 | |
| La atención recibida cuando se inscribió, la califica de: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | MEJOR | IGUAL | PEOR | ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTE | |
| Si ha asistido a ediciones anteriores, en términos globales, ¿considera que la actual edición ha sido mejor, igual o peor que años anteriores? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Transporte

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| *Califique la calidad de los transportes | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| *Valore el cumplimiento de los horarios en desplazamientos. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SI | NO | | |
| ¿El autocar ha permanecido abierto diariamente durante una hora en el lugar del aparcamiento en que se dejó el autobús en la subida a pista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ¿El autocar ha permanecido abierto diariamente a partir de las 16.45 h., estando el conductor pendiente del material depositado en el autobús? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL SERVICIO DE TRANSPORTES: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Alojamiento y comidas

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Valore en general la calidad de la habitación en la que ha sido alojado/a | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Califique la organización y asignación de las habitaciones. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Valore el servicio de comidas recibido en el hotel. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Califique la atención y el trato dispensado por el personal del hotel. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| En caso de habitación familiar, ¿la habitación ofrecida tenía tantas camas o sofás-camas como inscritos? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL ALOJAMIENTO DE 0 A 10: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL LAS COMIDAS, DE 0 A 10: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Clases

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Valore la organización de los grupos. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Califique la puntualidad de los profesores. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Valore la atención de los profesores hacia los alumnos | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Valore el grado en que las clases respondieron a sus expectativas. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sí | No | | |
| ¿El número de alumnos en su grupo ha sido el siguiente...? Debutantes: no superior a 10. Resto de grupos: no superior a 12 Personas con discapacidad: entre 1 y 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
| CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL LAS CLASES, DE 0 A 10: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Material y Forfait

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Califique la organización de la distribución y entrega del material. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL MATERIAL, DE 0 A 10: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Médico (solo familias)

| | SI | NO | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ¿Ha precisado de asistencia médica durante el Programa? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
| En caso afirmativo, califique el trato recibido por parte el médico | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
| Valore la disponibilidad del médico que acompaña la expedición. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sí | No | | |
| ¿Disponían de una consulta médica programada a diario en el mismo hotel? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
| CÓMO CALIFICARÍA DE MANERA GLOBAL LA ASISTENCIA MÉDICA, | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Responsables de la Agencia.

AGENCIA DE VIAJES

| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Valore la información facilitada por los responsables de la agencia de viajes. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| En caso de haber tenido algún problema durante el viaje, califique la solución que le ofreció el responsable de la Agencia. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SI | NO | | |
| ¿El responsable de la Agencia se encontró en todo momento perfectamente identificado para facilitar a los usuarios su localización en cualquier momento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| ¿Le facilitó el responsable de la Agencia su teléfono móvil para cualquier incidente durante esta semana? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| | DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
| CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DE LA AGENCIA , de 0 a 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

RESPONSABLES DEL AYUNTAMIENTO

¿Comunicó al responsable del Ayuntamiento algún problema que no resolvió la Agencia?

NO

SI →

¿El responsable del Ayuntamiento resolvió el problema?

SI NO



En caso de que no le hayan resuelto el problema, por favor, especifique el motivo:

SATISFACCION GLOBAL

Valore la relación precio- calidad del servicio recibido.

CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES EN LA NIEVE 2015

| DEFICIENTE 0-4 | REGULAR 5-6 | BUENO 7-8 | MUY BUENO 9-10 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Para finalizar, indíquenos, si lo cree oportuno, aquellas sugerencias que puedan contribuir a la mejora de la calidad del Programa Municipal de Actividades Deportivas en la Nieve. Resulta de especial importancia que destaque usted las áreas/ámbitos en los que encontró alguna/dificultad/problema y la alternativa que sugiere para su mejora:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

En....., a de de 2016