

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

*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 2016 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.**

**MUCHAS GRACIAS**

**POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN**

**CENTRO DEPORTIVO: CDM**

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

**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:*

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un alumno/a | <input type="checkbox"/> Dos hermanos/as | <input type="checkbox"/> Más de dos hermanos/as |
|--------------------------------------|--|---|

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Su primer curso | <input type="checkbox"/> Su segundo Curso | <input type="checkbox"/> Tercer curso o más |
|--|---|---|

*¿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 en relación a:**

**El Centro Deportivo.**

Accesibilidad a las Instalaciones del Centro Deportivo	
Seguridad de las Instalaciones del Centro Deportivo	
Confort de la Sala de Espera	
Limpieza y conservación de los aseos	
Procedimiento de inscripción o renovación	
Atención y disposición del personal del Centro Deportivo	
<b>Grado de satisfacción general con el Centro Deportivo</b>	

**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>	

**El Programa de Psicomotricidad Infantil**

El/la alumno/a acude contento/a	
El/la alumno/a sale satisfecho de las sesiones	
El precio en relación al servicio ofrecido es adecuado	
Se cumplen suficientemente los objetivos del Programa	
<b>Grado de satisfacción general con el Programa de Psicomotricidad Infantil</b>	

### **La Programación de las Sesiones**

El número de sesiones semanales	
La duración de las sesiones	
Los horarios	
El número de alumnos	
La puntualidad en el comienzo y final de las sesiones	
<b>Grado de satisfacción general con la Programación de las Sesiones</b>	

### **La Programación de las Tutorías**

El número de Tutorías anuales	
El tiempo destinado en cada una	
El sistema para solicitarlas	
La puntualidad en el comienzo y final de la tutoría	
La claridad de la información transmitida	
El contenido de la información recibida	
El Confort del espacio destinado a las tutorías	
La Privacidad del espacio destinado a las tutorías	
<b>Grado de satisfacción general con la Programación de las Tutorías</b>	

### **El/la Técnico de Psicomotricidad**

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	
<b>Grado de satisfacción general con el/la Técnico de Psicomotricidad</b>	

**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

**Recomendaría esta actividad a familiares o amigos**

- Si     No     No sabe

**¿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)