



cultura y  
deportes

MADRID

DEPORTES.

DIRECCIÓN GENERAL DE

Atención al Ciudadano y Calidad.

**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 2017 en <http://www.madrid.es/Deportes>*

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



**DEPORTES.**

**CENTRO DEPORTIVO:**

**¿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>	

