



## PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LA NIEVE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS/AS ENERO a MARZO de 2017

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

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.

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

### Información e Inscripción

¿Cómo le llegó la información sobre la existencia de esta actividad?.

AGENCIA DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA	FOLLETO	WEB	FAMILIAR O AMIGO	OTROS	No RECUERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La atención recibida cuando se inscribió, la califica de:

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

Le parece bien el nuevo sistema de inscripción para ADULTOS.....

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

Si ha asistido a ediciones anteriores, en términos globales, ¿considera que la actual edición ha sido mejor, igual o peor que años anteriores?.

MEJOR	IGUAL	PEOR	ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Transporte

\*Califique la calidad de los transportes

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

\*Valore el cumplimiento de los horarios en desplazamientos.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿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?.

SI       NO       No sabe



¿El autocar ha permanecido abierto diariamente a partir de las 16.45 h., estando el conductor pendiente del material depositado en el autobús?

DEFICIENTE  
0-4

REGULAR  
5-6

BUENO  
7-8

MUY BUENO  
9-10

CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL SERVICIO DE TRANSPORTES:

## Alojamiento y comidas

Valore en general la calidad de la habitación en la que ha sido alojado/a

Califique la organización y asignación de las habitaciones.

Valore el servicio de comidas recibido en el hotel.

Califique la atención y el trato dispensado por el personal del hotel.

DEFICIENTE  
0-4

REGULAR  
5-6

BUENO  
7-8

MUY BUENO  
9-10





SI

NO

En caso de habitación familiar, ¿la habitación ofrecida tenía tantas camas o sofás-camas como inscritos?

DEFICIENTE  
0-4

REGULAR  
5-6

BUENO  
7-8

MUY BUENO  
9-10

CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL ALOJAMIENTO DE 0 A 10:

CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL LAS COMIDAS, DE 0 A 10:





## Clases

	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore la organización de los grupos.				
Califique la puntualidad de los profesores.				
Valore la atención de los profesores hacia los alumnos				
Valore el grado en que las clases respondieron a sus expectativas.				
¿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	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 LAS CLASES, DE 0 A 10:				



## 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"/>
<b>CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL MATERIAL, DE 0 A 10:</b>	<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
<b>CÓMO CALIFICARÍA DE MANERA GLOBAL LA ASISTENCIA MÉDICA,</b>	<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
<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DE LA AGENCIA , de 0 a 10</b>	<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

**DEFICIENTE**  
**0-4**


**REGULAR**  
**5-6**


**BUENO**  
**7-8**


**MUY BUENO**  
**9-10**


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 2017