



Fecha:.....

Actividad:.....

turno (días y horas):.....

actividades en las que está matriculado  
.....

muy deficiente	deficiente	adecuado	satisfactorio	muy satisfactorio
----------------	------------	----------	---------------	-------------------

1.- Valore el acondicionamiento de las salas en cuanto: espacio, ventilación, pintura ó iluminación

--	--	--	--	--

2.- Valore el acondicionamiento general de las instalaciones

--	--	--	--	--

3.- Valore el acondicionamiento de los vestuarios

--	--	--	--	--

4.- Valore el servicio de limpieza en el lugar donde realice la actividad

--	--	--	--	--

5.- Valore el servicio de limpieza general de la instalación

--	--	--	--	--

6.- Valore el servicio de limpieza de los vestuarios

--	--	--	--	--

7.- Valore el material deportivo que tiene que utilizar

--	--	--	--	--

8.- Valore la atención recibida por parte del personal de la Instalación

--	--	--	--	--

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS, RECLAMACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. SUS APORTACIONES NOS AYUDARÁN A MEJORAR LA CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES Y EL SERVICIO EN LAS INSTALACIONES DEPORTIVAS MUNICIPALES**