



**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DE ACTIVIDADES DIRIGIDAS EN
CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES 2009**
Se cumplimentó en enero- febrero de 2010

Estimado/a usuario/a:

Es nuestro deseo proporcionarle un servicio de calidad y utilidad para que usted pueda acceder a la práctica deportiva en las mejores condiciones en los Centros Deportivos Municipales. Por ese motivo hemos confeccionado una encuesta, en la que tratamos de conocer como opina respecto a la atención que recibe y rogarle que nos haga las sugerencias que estime oportunas para mejorar la calidad de la oferta en nuestras actividades y servicios. Conocer su opinión es vital para que dicha oferta pueda mejorar.

Este estudio es anónimo, por lo que no se requiere que indique ningún tipo de dato personal.

Sin otro particular, le saluda atentamente y queda a su disposición.



Datos específicos:

CUESTIONARIO REALIZADO POR: Interesado Padres, tutores en nombre del alumno

SEXO: Hombre Mujer EDAD: Infantil Joven Adulto/a Mayor
Menos de 14 14-17 65

NUMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR..... CUANTOS PRACTICAN ACTIVIDAD DEPORTIVA.....

ESTADO CIVIL:..... OCUPACIÓN O PROFESIÓN:.....

INSTALACIÓN EN LA OUE REALIZA MAYORITARIAMENTE LA ACTIVIDAD:.....

SEÑALE EL NÚMERO DE ACTIVIDAD EN LA QUE ESTA INSCRITO/A:

<input type="checkbox"/> 1. Acond. Físico	<input type="checkbox"/> 10. Ciclismo	<input type="checkbox"/> 19. Hockey sobre patines	<input type="checkbox"/> 28. Natación peques	<input type="checkbox"/> 37. Tenis
<input type="checkbox"/> 2. Acuaerobic	<input type="checkbox"/> 11. Defensa personal	<input type="checkbox"/> 20. Judo	<input type="checkbox"/> 29. Padel	<input type="checkbox"/> 38. Tiro con arco
<input type="checkbox"/> 3. Acuagim	<input type="checkbox"/> 12. Fitness	<input type="checkbox"/> 21. Kárate	<input type="checkbox"/> 30. Patinaje	<input type="checkbox"/> 39. Unihockey
<input type="checkbox"/> 4. Aeróbic	<input type="checkbox"/> 13. Fútbol	<input type="checkbox"/> 22. Lucha	<input type="checkbox"/> 31. Polideportivo	<input type="checkbox"/> 40. Voleibol
<input type="checkbox"/> 5. Atletismo	<input type="checkbox"/> 14. Fútbol-sala	<input type="checkbox"/> 23. Matronatación	<input type="checkbox"/> 32. prep..física oposiciones	<input type="checkbox"/> 41. Waterpolo
<input type="checkbox"/> 6. Bádminton	<input type="checkbox"/> 15. Gim jazz	<input type="checkbox"/> 24. Musculación	<input type="checkbox"/> 33. Psicomotricidad	
<input type="checkbox"/> 7. Baloncesto	<input type="checkbox"/> 16. Gimnasia artística	<input type="checkbox"/> 25. Natación	<input type="checkbox"/> 34. Salvamento acuático	
<input type="checkbox"/> 8. Balonmano	<input type="checkbox"/> 17. Gimnasia de compensación	<input type="checkbox"/> 26. Natación compensación	<input type="checkbox"/> 35. Sofbol	
<input type="checkbox"/> 9. Béisbol	<input type="checkbox"/> 18. Gimnasia rítmica	<input type="checkbox"/> 27. Natación embarazadas	<input type="checkbox"/> 36. Taekondo	

OTRAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS QUE LE GUSTARIA REALIZAR EN NUESTRO CENTRO DEPORTIVO:
.....

¿REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS FUERA DE LA INSTALACIÓN? SI NO

¿CUALES?
.....

ASISTE A CLASE EN HORARIO DE: Mañana Tarde NUMERO DE SESIONES SEMANAL

¿COMO CONOCIO LA ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO?:
TV o Prensa Folletos Instalación Familiar o amigos Otros

¿CUANTO TIEMPO HACE QUE PARTICIPA EN NUESTRAS ACTIVIDADES?:
Meses 1 año Entre 1 y 2 años Entre 2 y 4 años Más de 4 años

¿QUE OBJETIVOS LE MOTIVARON A INSCRIBIRSE EN LA ACTIVIDAD?:
Hacer amigos Sentirse joven Rehabilitación o recuperación de un problema físico Por sentirme más relajado
Encontrarme físicamente bien Adelgazar Por aprender y practicar deporte Por ocupación del tiempo libre y divertirme

HA CONSEGUIDO LOS OBJETIVOS QUE PRETENDÍA POCO SUFICIENTE TOTALMENTE

TIENE VD INTENCIÓN DE SEGUIR EN NUESTRAS ACTIVIDADES SI NO MOTIVOS PARA "NO" SEGUIR:
FALTA TIEMPO PRECIO CLASES POCO ATRACTIVAS CAMBIO RESIDENCIA OTROS

CONOCE VD DEL NUEVO BONODEPORTE SI NO

¿HA RECOMENDADO NUESTRAS ACTIVIDADES A ALGÚN FAMILIAR O AMIGO? SI NO
¿Algún miembro de su unidad familiar realiza actividades en nuestra Instalación? SI NO



SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE PAGO LE RESULTARÍA MAS COMODA Efectivo Por Banco Tarjeta de crédito

¿LE PARECE ADECUADA LA DURACIÓN DE LAS CLASES? SI NO

¿Por qué?

¿Y EL NUMERO DE SESIONES SEMANALES? SI NO

¿LE GUSTARIA QUE LAS CLASES FUERAN CON HORARIOS FLEXIBLES? SI NO

CALIFIQUE CON VALORES QUE VAYAN DEL 0 A 10:

La oferta de actividades en la Instalación

Los horarios de clases existentes

El precio en relación al servicio ofrecido

Información recibida sobre nuestras actividades

Atención en las oficinas de la instalación

Atención y disposición del personal del Polideportivo

Procedimiento de Inscripción

El ambiente del Polideportivo:

CALIFIQUE CON VALORES QUE VAYAN DEL 0 A 10:

<u>VALORE LIMPIEZA E HIGIENE :</u>		<u>VALORE LA TEMPERATURA :</u>	
Vestuarios y servicios	<input type="text"/>	Ambiental de la piscina	<input type="text"/>
Duchas	<input type="text"/>	Del agua de la piscina	<input type="text"/>
Sala de actividades o gimnasio	<input type="text"/>	Ambiental de los vestuarios	<input type="text"/>
Piscina	<input type="text"/>	Del agua de las duchas	<input type="text"/>
Resto de dependencias de la instalación...	<input type="text"/>	Pabellón, Gimnasio, Sala Multitrabajo....	<input type="text"/>
<u>VALORE LA ILUMINACION :</u>		<u>VALORE EL ESPACIO :</u>	
Vestuarios y servicios	<input type="text"/>	Vestuarios y servicios	<input type="text"/>
Duchas	<input type="text"/>	Sala de actividades o gimnasio	<input type="text"/>
Sala de actividades o gimnasio	<input type="text"/>	Valore su grado de satisfacción general con la instalación	<input type="text"/>
Resto de la instalación	<input type="text"/>		



Actividades:

CALIFIQUE CON VALORES QUE VAYAN DEL 0 A 10:

VALORE EL MATERIAL DEPORTIVO EN LA ACTIVIDAD

Estado del Material La cantidad.....

VALORE LAS CLASES

La variedad y amenidad El contenido técnico de las clases

La puntualidad en el comienzo y termino de las clases.....

El número de personas en el grupo.....

Su progresión a lo largo del curso

La atención recibida de su profesor/a en las clases.....

Valore si la actividad que practica cumple los objetivos que se planteo en un inicio.....

VALORE SU PROFESOR/A:

La motivación y el estímulo que recibe por parte de su profesor/a

El trato y la disposición de su profesor/a.....

Valore su grado de satisfacción con las actividades que recibe.....

Utiliza algún medio de transporte para acudir a la Instalación SI NO

En caso de responder sí Público Privado

Cuanto tiempo tarda en llegar la Centro Deportivo: menos 10 minutos entre 10 y 30 más de 30

Utilizo este Centro Deportivo por : Cercanía a mi domicilio tienen mi actividad preferida

trabajo cerca mejor calidad de servicio

Ha presentado alguna reclamación SI NO

Le contestaron rápidamente (menos de 15 días). SI NO

Satisfacción en la contestación (1-10)

SUGERENCIAS QUE VD. DESEE APORTARNOS:

Fecha _____