

**26ª EDICIÓN PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LA NIEVE**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS/AS**  
**5 ENERO a 1 MARZO 2014**

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.

<b>PAQUETE FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PAQUETE INDIVIDUAL</b>	<input type="checkbox"/>
<b>SEXO *</b>	<input type="checkbox"/>	<b>HOMBRE</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>MUJER</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>EDAD</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>&lt;16</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>16 a 30</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>31 a 45</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>46 &gt;</b>	<input type="checkbox"/>

- SI SE TRATA DE UN PAQUETE FAMILIAR INDIQUE POR FAVOR n.º DE MUJERES Y HOMBRES, Y EDADES DE CADA UNO DE ELLOS.

## Información e Inscripción

	<b>AGENCIA DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA</b>	<b>FOLLETO</b>	<b>WEB</b>	<b>FAMILIAR O AMIGO</b>	<b>OTROS</b>
¿Cómo le llegó la información sobre la existencia de esta actividad?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incluida esta edición, ¿cuántas veces ha viajado con el Ayuntamiento de Madrid con este programa?.	<input type="checkbox"/>				
¿Se ha inscrito a alguna otra semana en esta misma temporada 2014?.	<b>SÍ</b>	<b>No</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<b>DEFICIENTE 0-4</b>	<b>REGULAR 5-6</b>	<b>BUENO 7-8</b>	<b>MUY BUENO 9-10</b>	
La atención recibida cuando se inscribió, la califica de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>MEJOR</b>	<b>IGUAL</b>	<b>PEOR</b>		
Si ha asistido a ediciones anteriores, en términos globales, ¿considera que la actual edición ha sido mejor, igual o peor que años anteriores?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Calendario del Programa

	<b>DEFICIENTE 0-4</b>	<b>REGULAR 5-6</b>	<b>BUENO 7-8</b>	<b>MUY BUENO 9-10</b>
Califique el calendario de celebración del Programa ofertado en la presente edición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de considerarlo necesario,	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>¿Cuáles?</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿sugeriría fechas diferentes?

## Transporte

	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Califique la calidad de los transportes				
Califique la atención recibida durante el viaje				
Valore el cumplimiento de los horarios en los desplazamientos.				
	SI	NO	INCLUYA SUS COMENTARIOS SI LO DESEA	
¿Los autobuses utilizados han sido modelo autopullman de lujo, con butacas reclinables y calefacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿El embarque y desembarque se ha realizado en lugares seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿El autocar ha permanecido abierto diariamente de 15.00 a 16.00 horas en el lugar del aparcamiento en que se dejó el autobús en la subida a pista?				
¿El autocar ha permanecido abierto diariamente a partir de las 16.45 h., y el conductor ha estado pendiente del material depositado en el autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Se han realizado las paradas en ruta en los viajes de ida y vuelta: (1 en viajes a Granada y Formigal, 2 en destinos Andorra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL SERVICIO DE TRANSPORTES, DE 0 A 10:</b>				

## Alojamiento y comidas

	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore en general la calidad de la habitación en la que ha sido alojado.				
Valore la adaptación del hotel a personas con discapacidad.				
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.				
	SI	NO	INCLUYA SUS COMENTARIOS SI LO DESEA	
En caso de habitación doble,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿disponía de baño completo, secador de pelo, TV, wifi y teléfono?.

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

¿Disponía de acceso gratuito al spa en caso de que el hotel dispusiese del mismo?.

¿Los desayunos y cenas (*tipo buffet o bien servidos en mesas*) permitían elegir entre una variedad de 3 primeros, 3 segundos y postres y el volumen de las raciones?.

¿Se servían comidas calientes en restaurantes situados en pistas entre 13.00 y 14.30 horas?.

¿Se ofrecía una bebida incluida en cada comida y cena?.

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐


**CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL ALOJAMIENTO Y 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.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valore el horario de las clases.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Califique la puntualidad de los profesores.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Califique la atención de los profesores hacia los alumnos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valore la capacidad de enseñar de los profesores.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valore el grado en que las clases respondieron a sus expectativas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Sí**

**No**

**INCLUYA SUS  
COMENTARIOS SI LO DESEA**

¿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

☐
☐


**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. Valore la calidad del material proporcionado para las clases.				
	Sí	No	INCLUYA SUS COMENTARIOS, SI LO DESEA	
¿Le entregaron el siguiente material...? Esquí: tipo <i>carving</i> básico. Snow: gama media o bronce superior. Personas con discapacidad: material adaptado.				
¿Le entregaron el día de llegada (domingo) un forfait válido de lunes a viernes, con uso ilimitado (o de lunes a miércoles, en caso de esquí nórdico)?				
<b>CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL DEL MATERIAL Y EL FORFAIT, DE 0 A 10:</b>				

## Médico

	SI	NO		
¿Ha precisado de asistencia médica durante el Programa?				
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
¿Cómo califica la disposición y el trato recibido por parte del médico, en su caso?				
<b>SÓLO PARA FAMILIAS:</b>	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore la disponibilidad del médico que acompaña la expedición.				
	Sí	No	INCLUYA SUS COMENTARIOS, SI LO DESEA	
¿Disponían de una consulta médica programada a diario en el mismo hotel?				
¿Disponían de un botiquín puesto a disposición de la expedición por el responsable de la Agencia?				
<b>CÓMO CALIFICARÍA DE MANERA GLOBAL EL SERVICIO MÉDICO DISPONIBLE Y LA ASISTENCIA MÉDICA, EN SU CASO DE 0 AL 10:</b>				

## Responsables de la Agencia y el Ayuntamiento

### AGENCIA DE VIAJES

Valore la información facilitada por los responsables de la agencia de viajes.  
Valore la atención dispensada por los responsables de la agencia de viajes.

En caso de haber tenido algún problema durante el viaje, califique la solución que le ofreció el responsable de la Agencia.

DEFICIENTE  
0-4


SI

REGULAR  
5-6


NO

BUENO  
7-8


MUY BUENO  
9-10


INCLUYA SUS  
COMENTARIOS, SI LO DESEA

El responsable de la Agencia se encontró en todo momento perfectamente identificado para facilitar a los usuarios su localización en cualquier momento?.

¿Le facilitó el responsable de la Agencia su teléfono móvil para cualquier incidente durante esta semana?.




DEFICIENTE  
0-4

--

REGULAR  
5-6

--

BUENO  
7-8

--

MUY BUENO  
9-10

--

**CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DE LA AGENCIA**, de 0 a 10

### AYUNTAMIENTO

Valore la información facilitada por el responsable del Ayuntamiento.  
Valore la atención dispensada por el responsable del Ayuntamiento.  
En caso de haber tenido algún problema durante el viaje, califique la solución que le ofreció el responsable del Ayuntamiento.

**CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DEL AYUNTAMIENTO**, de 0 a 10.

DEFICIENTE  
0-4


REGULAR  
5-6


BUENO  
7-8


MUY BUENO  
9-10


**COMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL A LOS RESPONSABLES, DE 0 A 10:**

--

## Otras cuestiones

Valore la Fiesta de Bienvenida.  
Valore la Fiesta de Despedida.  
Valore la Relación precio- calidad del servicio recibido.

DEFICIENTE  
1-4


REGULAR  
5-6


BUENO  
7-8


MUY BUENO  
9-10


**CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES EN LA NIEVE 2014, DE 0 AL 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 2014