



**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS/OS DEL
PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD INFANTIL
EN LOS CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES**

Estimada/o usuaria/o:

*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 ciudadanas/os 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 de 2018 en <http://www.madrid.es>.

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

**CENTRO DEPORTIVO:****• ¿Cómo conoció usted el programa de Psicomotricidad infantil? Respuesta múltiple.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por información del centro deportivo | <input type="checkbox"/> Por folletos y publicidad del Ayuntamiento |
| <input type="checkbox"/> Por una amiga/o-familiar | <input type="checkbox"/> Por la/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"/> Una alumna/o | <input type="checkbox"/> Dos hermanas/os | <input type="checkbox"/> Más de dos hermanas/os |
|---------------------------------------|--|---|

• ¿Qué motivo/s u objetivo/s le motivaron para inscribir a la alumna/o?

- | | |
|--|---|
| <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: _____ |

En relación a los siguientes aspectos, valore su satisfacción en una escala de 0 a 10, siendo 0 la calificación más baja y 10, la más alta:

• 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	
Grado de satisfacción general con el centro deportivo	

• La sala de Psicomotricidad.

Facilidad de acceso	
Superficie disponible	
Limpieza e higiene	
Dotación de material	
Grado de satisfacción general con la sala de Psicomotricidad	

• El programa de Psicomotricidad infantil

La/el alumna/o acude contenta/o	
La/el alumna/o sale satisfecha/o de las sesiones	
El precio en relación al servicio ofrecido es adecuado	
Se cumplen suficientemente los objetivos del Programa	
Grado de satisfacción general con el programa de Psicomotricidad infantil	

- *La programación de las sesiones*

<i>El número de sesiones semanales</i>
<i>La duración de las sesiones</i>
<i>Los horarios</i>
<i>El número de alumnas/os</i>
<i>La puntualidad en el comienzo y final de las sesiones</i>
<i>Grado de satisfacción general con la programación de las sesiones</i>

- *La programación de las tutorías*

<i>El número de tutorías anuales</i>	
<i>El tiempo destinado en cada una</i>	
<i>El sistema para solicitarlas</i>	
<i>La puntualidad en el comienzo y final de la tutoría</i>	
<i>La claridad de la información transmitida</i>	
<i>El contenido de la información recibida</i>	
<i>El confort del espacio destinado a las tutorías</i>	
<i>La privacidad del espacio destinado a las tutorías</i>	
<i>Grado de satisfacción general con la programación de las tutorías</i>	

- *La/el técnico de Psicomotricidad*

<i>La atención y disponibilidad en el trato con alumnas/os</i>	
<i>La atención y disponibilidad en el trato con madres/padres/ tutores</i>	
<i>El interés y dedicación mostrados en el desempeño de su labor</i>	
<i>La profesionalidad mostrada en el desempeño de su labor</i>	
<i>Grado de satisfacción general con la/el técnico de Psicomotricidad</i>	

- *En cuanto a las expectativas que usted tenía al comienzo, diría que el servicio ha sido:*

Mejor de lo que esperaba Igual a lo esperado Peor de lo que esperaba No sabe

- Recomendaría esta actividad a familiares o amigas/os

Si *No* *No sabe*

- *Por favor, indique si esta encuesta ha sido cumplimentada por:*

La madre del alumno El padre del alumno Ambos conjuntamente

Otra persona responsable de la alumna/o (familiares o cuidadoras/es)

- *¿Hay alguna otra sugerencia, observación o comentario que le gustaría aportar sobre el programa de Psicomotricidad infantil?*