



Encuesta de satisfacción de la actividad formativa / servicios prestados

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la opinión y experiencia de nuestros clientes, siempre de forma anónima y con carácter totalmente voluntario. Somos conscientes de que el activo más importante que tenemos son las personas y para prestar un servicio adecuado nos gustaría conocer de primera mano vuestras opiniones, sólo así podemos corregir acciones futuras y potenciar aquellas experiencias que son de tu agrado.

Gracias por habernos elegido y por dedicarnos tu tiempo.

Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Ocupación	Estudios					
Edad	Formación Deportiva	En qué actividad te has matriculado					
Localidad	Califica tu condición física al inicio de la actividad <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	¿Cómo nos conociste?
1	2	3	4	5			
Comentarios							

Señala, por favor, en el recuadro correspondiente tu valoración en una escala de 1 a 5, donde 1 indica la puntuación más baja y 5 la más alta, en los siguientes aspectos:

RECEPCIÓN:	-						+
1.- Valora la facilidad que has tenido para encontrar nuestro centro (1 poco fácil - 5 muy fácil)	1	2	3	4	5		
2.- ¿La entrada te ha parecido acogedora? (1 poco acogedora- 5 muy acogedora)	1	2	3	4	5		
3.- En cuanto a la atención recibida, ¿hemos sido rápidos en atenderte? (1 poco- 5 muy)	1	2	3	4	5		
4.- La información que te hemos dado ha sido.... (1-Mala, 3-Buena, 5- Excelente)	1	2	3	4	5		
5.- Cómo calificarías tu primera impresión (1- Mala, 3- Buena, 5-Excelente)	1	2	3	4	5		
Déjanos alguna sugerencia relativa a este apartado							

ACTIVIDAD FORMATIVA / SERVICIOS PRESTADOS					
6.- Cuando acudiste a nuestro centro ya tenías una idea de la actividad o servicio que querías	Si	No			
7.- Te matriculaste en la actividad o servicio que querías	Si	No			
En caso de contestar "No", puedes indicarnos por qué <input type="checkbox"/> No había <input type="checkbox"/> Me gustó más otra <input type="checkbox"/> Me Equivoqué / Me informaron mal					
8.- Te gustaría cambiar de actividad	Si	No			
En caso de que contestes "Si", indícanos el motivo <input type="checkbox"/> No me gusta <input type="checkbox"/> No se me da bien <input type="checkbox"/> Otros _____					
Y cual te gustaría practicar _____					
9.- Cómo valoras las instalaciones en la que se lleva a cabo tu actividad / servicio (1- muy malas, 2- malas, 3- Buenas, 4- Muy Buenas, 5- Excelentes)	1	2	3	4	5
10.- En cuanto al horario y programación de las actividades/servicios se adaptan a tus necesidades Proponnos un horario/programa	Si	No			



DOCENTE: Si lo deseas puedes indicar el nombre _____	-						+
11.- Valora los conocimientos de la persona que imparte tu formación/servicio	1	2	3	4	5		
12.- Como valoras su forma de impartir la clase	1	2	3	4	5		
13.- En cuanto al Fomento de la participación de los alumnos	1	2	3	4	5		
14.- El seguimiento que el profesor hace de tu progresión es (1- Mala, 3- Buena, 5- Excelente)	1	2	3	4	5		
15.- Valora la claridad de sus respuestas	1	2	3	4	5		
16.- Cómo valoras el Interés que despierta en clase	1	2	3	4	5		
17.- Como es el ritmo en clase (1. Me aburro, 2. Irregular, 3. Bueno, 4. Duro, 5. Imposible de seguir)	1	2	3	4	5		
18.- Te resulta fácil seguir sus explicaciones						Si	No
En caso de "No", puedes explicarnos por qué _____							
19.- Conoces cuál es el programa formativo						Si	No
20.- Conoces cuáles son los objetivos a conseguir en cada sesión						Si	No
Déjanos alguna sugerencia relativa a este apartado							

Indique, cualquier sugerencia o comentario que desee, sobre los aspectos valorados anteriormente con objeto de mejorar la actuación formativa:

Actividad Formativa:

.....

.....

.....

.....

.....

Profesorado:

.....

.....

.....

.....

.....