

W celu poznania Państwa preferencji i oczekiwań wobec prowadzonych zajęć prosimy o rzetelne udzielenie odpowiedzi na kilka krótkich pytań. Ankieta jest anonimowa.

1. W których zajęciach organizowanych przez Ośrodek uczestniczy Pani/Pan (lub Państwa dziecko):

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Fitness FIT-MIX (poniedziałek) b) Zumba (poniedziałek) c) Zumba (środa) d) Zumba (piątek) e) Ladies Latino Solo f) Indoor Cycling (poniedziałek) g) Indoor Cycling (środa) h) Zdrowy kręgosłup i) Turbo spalanie j) Interwał trening k) Fitness TBC (środa) l) Pilates m) ABT/stretching n) Joga (czwartek) o) Joga (niedziela) p) Cellulit stop | <ul style="list-style-type: none"> a) Karate b) Taekwon-do (dzieci) c) Taekwon-do (młodzież) d) Taekwon-do (dorośli) e) Aikido (dzieci) f) Aikido (dorośli) g) FSW sztuki walki (dzieci) h) FMA (dorośli) i) Sanda (dorośli) j) Capoeira (dzieci) k) Capoeira (młodzież i dorośli) l) Gimnastyka korekcyjna |
|--|---|

2. Czy częstotliwość zajęć, w których Pani/Pan (lub Państwa dziecko) uczestniczy jest w wystarczająca?

- a) tak, ponieważ
- b) nie, ponieważ

3. Czy istnieją ograniczenia w korzystaniu z naszego obiektu?

- a) nie
- b) tak
 - zbyt duża odległość
 - zbyt wysokie koszty
 - zbyt duże natężenie osób korzystających z zajęć
 - brak czasu
 - problemy zdrowotne
 - zajęcia nie spełniają moich oczekiwań
 - inne

4. Jakie są dobre i złe strony organizacji zajęć i funkcjonowania obiektu?

	Dobre strony	Złe strony
Opłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godziny otwarcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warunki higieniczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsługa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta zajęć dodatkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dojazd/parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. W jaki sposób Pani/Pan ocenia wyposażenie sal, w których odbywają się zajęcia?
- a) nowoczesne
 - b) różnorodne
 - c) niezadawalające
 - d) niepełne
 - e) inne.....
6. Jakiego rodzaju sprzętu sportowego brakuje Pani/ Panu (Państwa dziecku) podczas zajęć?
-
-
-
-
-
-
7. Czy poleciałaby Pani/poleciłby Pan swoim znajomym nasze zajęcia?
- a) tak, ponieważ
 - b) nie, ponieważ
8. Czy w opinii Pani/Pana cena za zajęcia jest adekwatna do ich jakości?
- a) tak, ponieważ
 - b) nie, ponieważ
9. Czy w opinii Pani/Pana informacje dotyczące harmonogramu zajęć są odpowiedniej jakości?
- a) tak, ponieważ
 - b) nie, ponieważ
 - c) wymagają poprawy, ponieważ
10. Co należałoby zmienić/poprawić, aby podnieść jakość oferowanych przez nas zajęć?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
11. Jakie rodzaje zajęć wprowadziłaby Pani /wprowadziłby Pan do naszej oferty?
-
-
-
-
-
12. Proszę określić swój wiek (wiek dziecka) w przedziale:
- a) dzieci i młodzież wiek: lat
 - b) do 20
 - c) 21-35
 - d) 36-50
 - e) Powyżej 50
13. Inne uwagi i spostrzeżenia:
-
-
-

Dziękujemy za poświęcony czas.