

 GABBIANO <small>COOPERATIVE SOCIALI</small>	<i>Cooperative</i>	<i>Area</i>	<i>Servizio</i>	<i>Codice</i>
	TUTTE	TUTTE	SGI	Mo9.1.2.5
	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE ASILI NIDO			Rev.01

DATA ___ \ ___ \ ___

Con il presente questionario Vi chiediamo cortesemente di esprimere il Vostro gradimento sul servizio ricevuto.

Per ognuna delle voci sotto riportate, esprimete la Vostra valutazione, SOLO SE VISSUTA, barrando il numero corrispondente al Vostro giudizio, scegliendolo un valore compreso tra **1 (Giudizio molto negativo)** a **10 (Giudizio molto positivo)**.

A. ASPETTO INFORMATIVO	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
A.1 Uso della bacheca come strumento di informazione	<input type="checkbox"/>									
A.2 Documentazione fotografica, CD, DVD che raccontano esperienze vissute al Nido (ove presenti)	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										

B. ATTIVITÀ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
B.1 Le esperienze vissute al nido contribuiscono al benessere e allo sviluppo armonico del vostro bambino	<input type="checkbox"/>									
B.2 I momenti (mattinata e merenda del genitore) pensati per voi per rendervi partecipi della vita quotidiana del nido (se vissuti)	<input type="checkbox"/>									
B.3 Il vostro coinvolgimento nella realizzazione dei progetti proposti ai vostri figli (recupero materiali, partecipazione ai laboratori, feste ecc..) (se vissuti)	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										

C. RAPPORTO EDUCATRICI-FAMIGLIA	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
C.1 I momenti di interfaccia quotidiani con le educatrici	<input type="checkbox"/>									
C.2 I colloqui individuali con l'educatrice di riferimento	<input type="checkbox"/>									
C.3 Le risposte e i suggerimenti delle educatrici come indicatori di conoscenza, competenza e professionalità	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										

D. RAPPORTO EDUCATRICE-BAMBINO	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
D.1 Gestione delle cure da parte delle educatrici (pasti, sonno, cure igieniche...)	<input type="checkbox"/>									
D.2 Capacità delle educatrici di accogliere e relazionarsi al vostro bambino nel rispetto della sua individualità	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										



<i>Cooperative</i>	<i>Area</i>	<i>Servizio</i>	<i>Codice</i>
TUTTE	TUTTE	SGI	Mo9.1.2.5
QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE ASILI NIDO			Rev.01

E. AMBIENTE	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
E.1 L'ambiente del nido	<input type="checkbox"/>									
E.2 Gli angoli del nido come risposta ai bisogni di crescita e occasioni stimolanti	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										

F. SERVIZIO MENSA	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
F.1 Menù proposto	<input type="checkbox"/>									
SUGGERIMENTI:										
.....										

G. ASPETTI GENERALI	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
G.1 Valutazione complessiva del servizio di Nido gestito dalla Cooperativa "Il Gabbiano"	<input type="checkbox"/>									

Consiglierebbe ad altre famiglie di inserire i propri figli in questo Nido? SI NO

Quali sono secondo Voi i nostri "punti forti"?

Quali sono secondo Voi i nostri "punti deboli"?

RingraziandoVi per la preziosa collaborazione, Vi chiediamo infine se avete suggerimenti per migliorare il Servizio:
