

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

VOTRE SERVICE:

De 1 (médiocre) à 10 (excellent)

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1) Professionnalisme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2) Disponibilité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3) Réactivité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4) Confiance | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5) Simplicité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6) Suivi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

VOTRE INTERVENANTE Mme / Mlle _____

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1) Tenue et présentation générale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2) Respect des horaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3) Respect des consignes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4) Organisation des tâches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5) Communication | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6) Capacité d'adaptation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7) Réalisation des tâches | | | | | | | | | | |
| - aspiration /lavage des sols | | | | | | | | | | |
| qualité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| rapidité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - dépoussiérage (salon, chambres...) | | | | | | | | | | |
| qualité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| rapidité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - nettoyage /récurage (cuisine, wc ...) | | | | | | | | | | |
| qualité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| rapidité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - nettoyage des vitres | | | | | | | | | | |
| qualité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| rapidité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - repassage | | | | | | | | | | |
| qualité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| rapidité de la prestation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8) Initiative / Autonomie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

Date : ___ / ___ / ___