

EVALUATION FIN DE FORMATION

Ce questionnaire nous permettra de mesurer la qualité de la formation que vous venez de suivre et d'apporter les améliorations nécessaires.

INTITULE DE LA FORMATION	
STAGIAIRE (NOM et PRENOM)	
SOCIETE du stagiaire	
FORMATEUR (NOM et PRENOM)	
DATE de l'évaluation	

Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire de satisfaction.

AVANT LA FORMATION

Le programme et les objectifs vous ont-ils été transmis ? Oui Non
 Avez-vous demandé personnellement de suivre cette formation ? Oui Non

DURANT LA FORMATION

Insatisfaisant  Excellent

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Observations
1- Le cadre de travail											
L'accueil :											
La salle de cours :											
2- Les outils de travail											
Les supports fournis et diffusés :											
La qualité du matériel utilisé :											
Les exercices et/ou Etudes de cas											
3- L'organisation du travail											
La durée de la formation :											
Le nombre de stagiaire par séance :											
La répartition entre formation théorique et pratique											
4- Animation de la formation : le formateur											
sait transmettre ses compétences et connaissances											
sait mobiliser les participants											
s'adapte au public											
Evaluation globale											
<i>Exemple (aspects matériels)</i>					X						<i>Salle bruyante</i>
<i>Si un critère n'est pas applicable, mettre NA dans la colonne "observations"</i>											

Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ? Oui Non Partiellement

Allez-vous appliquer ? Oui Non Partiellement
 Si non, pourquoi ? _____

Auriez-vous besoin d'une formation complémentaire ? Oui Non
 Si oui, laquelle ? _____

Recommanderiez-vous cette formation ? Oui Non
 Si oui, à qui ? _____

Nous vous remercions de votre participation.