

EVALUATION de la FORMATION

Formation :

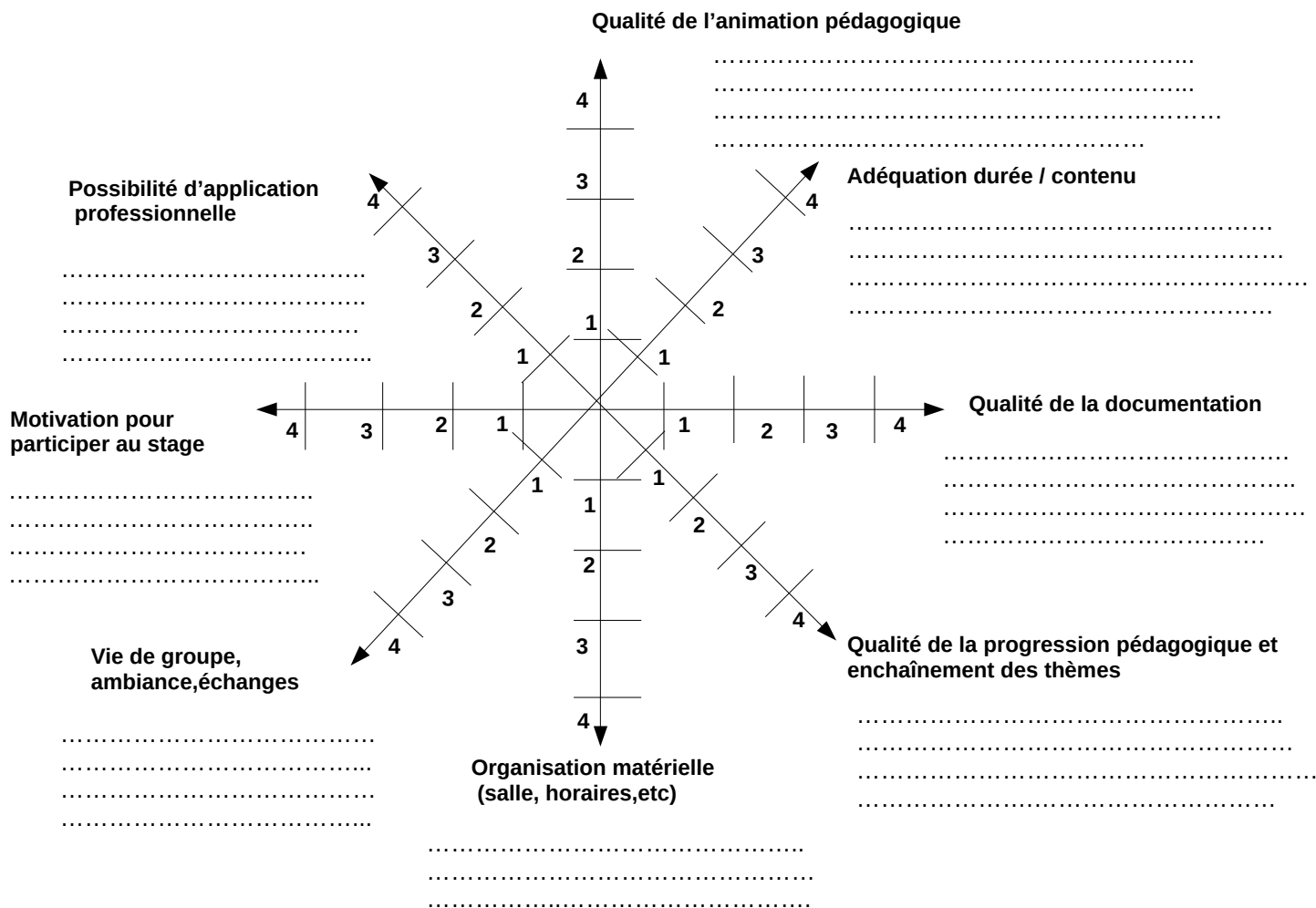
Date : Intervenant :

Lieu :

Vous venez de suivre une formation. Pour améliorer la qualité de nos stages, nous avons besoin de recueillir vos impressions. Merci de nous accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire :

Nom (Facultatif) :

Service ou établissement d'affectation :



Échelle d'appréciation : 4 très bien, 3 bien 2 moyen 1 passable

Dans l'ensemble comment avez-vous apprécié ce stage ?

Très satisfaisant



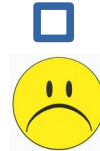
Satisfaisant



Moyen



Insatisfaisant



Les objectifs de la formation ont-ils été atteints ?

- Tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Pas du tout

Le contenu de la formation a-il répondu à vos attentes ?

- Tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Pas du tout

A- Quels sont les points forts de cette formation ?

.....
.....

B- Quels thèmes méritent d'être ajoutés ou approfondis ?

.....
.....

Pourquoi ?

.....
.....

C- Quels thèmes vous semblent moins importants ?

.....
.....

Avez-vous eu connaissance du pré-requis ou conditions requises pour suivre ce stage ? Oui Non

Souhaiteriez-vous suivre une formation complémentaire dans ce domaine ? Oui Non

Si **oui** pour acquérir quelles compétences ou connaissances complémentaires?

.....

Conseilleriez-vous cette formation à l'un de vos collègues ? Oui Non

Merci de votre collaboration, ce questionnaire sera remis au responsable de formation.