



VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

FORMATION : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

A l'issue de chaque formation, nous avons l'habitude de solliciter chaque stagiaire afin de recueillir sa satisfaction. Il nous paraît tout aussi important d'apprécier la mise en pratique des formations qui ont été engagées pour vos collaborateurs, avec quelques semaines de recul.

C'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir retourner ce questionnaire dans les plus brefs délais à aaforpme@cpmepuydedome.fr

1- Avez-vous besoin de suivre cette formation pour acquérir de nouvelles compétences ?

Oui Non Je ne sais pas

2- La formation choisie semblait-elle répondre à vos besoins ?

Oui parfaitement Oui partiellement Non

Si **oui partiellement** ou **non**, pourquoi ?

3- Depuis la fin de votre formation, avez-vous pu mettre en pratique les connaissances acquises lors de votre formation ?

Oui Oui partiellement Non

A quelle fréquence ? Régulièrement Occasionnellement

4- Si « oui partiellement » ou « non », à quoi cela est-il dû ? (plusieurs choix possibles)

- L'opportunité ne s'est pas présentée
- La formation dispensée n'était pas adaptée à vos besoins
- Le niveau de formation n'était pas adapté à votre niveau
- Les points abordés en formation n'ont pas de lien avec vos missions dans l'entreprise
- Autres : _____

5- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de votre formation ?



6- En pratique dans votre travail quels changements avez-vous constaté ?

7- Remarques / observations

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer la qualité de nos prestations.