



## 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](mailto: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 du ? (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.**