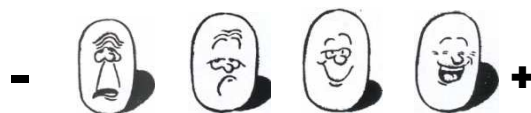




STAGIAIRE :
ENTREPRISE :
NOM DU FORMATEUR :
ACTION DE FORMATION :
DATE(S) :

Merci de nous avoir confié la formation de votre collaborateur. Après quelques semaines, il nous paraît important de collecter votre appréciation de la formation suivie. Ces informations nous permettront d'améliorer la qualité de nos prestations.



	-				+
1 – COMPREHENSION DE VOTRE BESOIN					
2 – ADEQUATION DE LA PROPOSITION REALISEE					
3 – DELAIS DE TRAITEMENT					
4 – SATISFACTION DE VOTRE COLLABORATEUR					
5 – TRANSPOSITION DES ACQUIS DANS LA VIE PROFESSIONNELLE					
6 – IMPACT SUR L'EFFICACITE DU COLLABORATEUR					
7 – RECOMMANDATION DE NOTRE ORGANISME					
8 – APPRECIATION GLOBALE					

 Vos suggestions pour améliorer nos actions :

 Vos besoins à venir en formation :

Fait le/...../....., à

Nom-Prénom :

Fonction :

Adresse Mail :