



QUESTIONNAIRE DE FIN DE FORMATION

(à remplir par le stagiaire)

NOM/PRENOM : Salarié Gérant

RAISON SOCIALE DE VOTRE ENTREPRISE

VOTRE FORMATION DATE :

| OBJETS D'EVALUATION | CRITERES ET INDICATEURS | AVIS SUR LA FORMATION REALISEE | | | |
|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | INADAPTE | PLUTÔT SATISFAISANT | SATISFAISANT | TRES SATISFAISANT |
| LES MOYENS | <u>ADAPTATION DE LA SALLE</u> | | | | |
| | SURFACE DISPONIBLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ETAT GLOBAL DES LOCAUX | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LA PEDAGOGIE | <u>CONTENU</u> | | | | |
| | CONFORMITE DU CONTENU AU PROGRAMME | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ATTEINTE DES OBJECTIFS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ADAPTATION DU RYTHME, DU CONTENU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | DUREE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LES ACTEURS | <u>LE FORMATEUR</u> | | | | |
| | DISPONIBILITE DU FORMATEUR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | MOTIVATION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | COMPETENCES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>LES PARTICIPANTS</u> | | | | |
| AMBIANCE GENERALE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'ORGANISATION | <u>RECEPTION DES INFORMATIONS</u> | | | | |
| | DELAIS DE PRISE EN CHARGE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>PLANNIFICATION DE LA FORMATION</u> | | | | |
| | DATE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | CONVOCATION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ADRESSE LIEU FORMATION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Conseillerez vous cette formation ? OUI NON

Conseillerez vous notre organisme de formation ? OUI NON

Commentaire :

SIGNATURE