

Annexe 5 :

FICHE D'ÉVALUATION À FROID

Nous avons l'habitude de solliciter chaque participant afin de recueillir sa satisfaction avec quelques jours ou semaines de recul car il est important d'apprécier la mise en pratique des formations effectuées et d'en mesurer l'utilisation dans votre projet ou environnement de travail.

C'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de bien vouloir le **retourner par mail ou voie postale dans les plus brefs délais.**

Nom / Prénom :

Domaine d'activité :

Intitulé de formation :

Dates :

Pensez-vous que la formation était adaptée :	Pas du tout	En partie	Totalement
Aux réalités de votre secteur d'activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A vos attentes, vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « **pas du tout** » ou « **en partie** », indiquez pourquoi la formation n'était pas en adéquation avec votre projet :

Avez-vous pu mettre en pratique les connaissances acquises au cours de la formation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si non : Cochez les causes possibles

L'opportunité ne s'est pas présentée à ce jour

La formation n'a pas eu lieu au bon moment : trop tôt trop tard

Les points abordés n'étaient pas en lien avec mon projet

Mon projet a changé depuis la fin de la formation

Autres :

Quels sont les outils qui auraient pu favoriser la mise en pratique ?

A ce jour, la formation vous a permis :	Pas du tout	En partie	Totalement
D'acquérir de la confiance et de la motivation dans votre projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'améliorer la qualité et de l'efficacité du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous perfectionner dans un domaine déjà connu ou non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De développer de nouvelles compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :			

Recommanderiez-vous cette formation à une personne exerçant dans le même secteur d'activité que vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous cette formation à une personne exerçant dans un secteur d'activité différent de vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Autres commentaires (points forts, axes d'améliorations...) ou remarques que vous souhaitez nous faire part :

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.