



Module :

PRESTATAIRE: BGE Morbihan

Date(s):.....

Lieu :.....

FORMATION

Non
Peut-être
Pourquoi pas?
Oui

Si c'était à REFAIRE? (entourez la réponse)

- ★ GROUPE Porteur ok : ____
- ★ SUPPORTS utilisés ok : ____
- ★ DOCUMENTS fournis ok : ____
- ★ DUREE formation ok : ____
- ★ LOCAUX ok : ____

Aspects PRATIQUES

EVALUATION

FEELING général ★ La formation correspond à mes objectifs : ____

THEME(S) abordé(s) ★ Conforme(s) à mes attentes: ____

PRATIQUE Abordée ★ Conforme à mes attentes: ____

Je suis satisfait(e) du CONTENU ★: ____

Je serai +PERFORMANT (E) grâce à la formation ★: ____

J'ai APPRECIE (commentaires libres)

+ -

.....

.....

.....

.....

.....

.....

★: ____ TRANSFERT de compétence vers d'autres personnes

★: ____ Mise en OEUVRE possible de mes acquis

- 1 : pas du tout
- 2 : partiellement
- 3 : suffisamment
- 4 : tout à fait

★ LEGENDE NOTATION