

Nom :	Organisme : Décllic Formations
Prénom :	Date de formation :
	Durée de la formation : heures

DECRIVEZ CE QUE VOUS PENSEZ QUE CETTE FORMATION VOUS APPORTERA

AVIS SUR LA FORMATION REALISEE

Qu'avez-vous pensé	Inadapté	Plutôt insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Du niveau global de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son adéquation avec les objectifs initialement fixés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'apport immédiat pour votre poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des qualités pédagogiques de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre niveau par rapport à celui du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des supports de formation transmis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation matérielle et des conditions d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des commentaires complémentaires : (Point positifs et négatifs)				

Avez-vous identifié d'autre besoin de formation ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Recommanderiez-vous Décllic ?

Oui Non

Date :

Signature du stagiaire :