



EVALUATION DE LA FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :	
NOM ET PRENOM DU FORMATEUR :	
VOTRE ENTREPRISE :	
VOS NOM ET PRENOM :	
VOTRE ADRESSE EMAIL :	

	<i>Entourez la note qui vous convient</i>
MAITRISE DU SUJET PAR LE FORMATEUR	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
EQUILIBRE THEORIE / CAS PRATIQUES	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
DUREE DE LA FORMATION ADAPTEE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
RYTHME DE LA FORMATION ETAIT IL ADAPTE ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
QUALITE DE REPONSES AUX QUESTIONS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
QUALITE DE LA RELATION AVEC LE FORMATEUR	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
RESPECT DU PROGRAMME	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LE PROGRAMME ETAIT-IL CLAIR ET PRECIS ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
QUALITE DES SUPPORTS FOURNIS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
CETTE FORMATION A-T-ELLE AMELIORE VOS COMPETENCES ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
EVALUATION GLOBALE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Les points forts de cette formation ?	Les points faibles de cette formation ?
---------------------------------------	---