

FICHE D'ÉVALUATION DE FORMATION

Dans le cadre de notre démarche qualité, ce questionnaire, correctement renseigné par vos soins, nous permettra d'améliorer nos formations afin de mieux répondre à vos besoins et attentes. Merci pour votre collaboration.

Intitulé de la formation :			
Code de la session de la formation :			
Dates et lieu de la formation :	du	au	à
Nom du ou des formateur(s) :			

Aviez-vous eu connaissance de la fiche descriptive de la formation incluant les pré-requis avant la formation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Critères \ Cotation	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Degré d'atteinte de l'objectif de la fiche descriptive de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'animation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternance théorie / pratique / illustration adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens pédagogiques (locaux et matériel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la documentation remise (format papier ou numérique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil en formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du sujet par les intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de formation adaptée aux objectifs ?	Adaptée <input type="checkbox"/>		Trop courte <input type="checkbox"/>		Trop longue <input type="checkbox"/>
Allez-vous mettre en pratique les acquis de cette formation à votre retour sur votre poste ?	Oui <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>	

OBSERVATIONS – PROPOSITIONS – AXES D'AMÉLIORATION

(sujets abordés, point(s) fort(s), point(s) faible(s), attentes de formation complémentaire...)

--

JUGEMENT GLOBAL DE LA FORMATION	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>