

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE.

Votre formation se terminant, nous vous remercions de nous accorder le temps de remplir ce questionnaire, afin de nous donner un retour qualitatif sur la formation que vous avez suivie.

DATE :
NOM et PRÉNOM :
FORMATION DISPENSÉE :

ÉVALUATION DU FORMATEUR

Cochez la case correspondant à votre appréciation.

Thèmes	Excellent	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas satisfaisant	Observations.
Qualité de l'animation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moyens pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clarté des explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disponibilité des formateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ÉVALUATION DE LA FORMATION ET DU CENTRE DE FORMATION.

Cochez la case correspondant à votre appréciation.

Thèmes	Excellent	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas satisfaisant	Observations.
Connaissances théoriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Connaissances pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documents remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organisation générale du stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquisitions personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

POINTS FORTS :
POINTS FAIBLES :
SUGGESTIONS :

- Envisagez-vous des actions de formation complémentaires ?
Sur le même thème OUI NON
Sur des thèmes différents..... OUI NON

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

- Quels sont les points essentiels que vous avez acquis dans cette formation ?

.....
.....
.....
.....

La fonction de ce questionnaire d'évaluation est d'améliorer à partir de vos remarques, la qualité et l'action de formation. Ce questionnaire ne sera exploité que par Groupe CF Formations Sécurité et par l'intervenant.

MERCI DE COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À VOTRE RÉPONSE, SI VOUS ACCEPTEZ QUE NOUS DIFFUSIONS VOS COMMENTAIRES SUR NOTRE SITE INTERNET.

VOTRE NOM NE SERA EN AUCUN MENTIONNÉ OUI NON