



Évaluation - Satisfaction de la formation

Intitulé de la formation :

Date :

Lieu :

Nom :

Prénom :

EVALUATION CONTENU et ORGANISATION

	 Très bien	 Bien	 Moyen	 Insuffisant
Durée / rythme de la formation				
Logistique / Intendance/ matériels				
Atteinte des objectifs (théorie/pratique)				
Support Pédagogique				

EVALUATION FORMATEUR

	 Très bien	 Bien	 Moyen	 Insuffisant
Maîtrise du sujet				
Disponibilité				
Méthode Pédagogique				

IMPACT

	 Très bien	 Bien	 Moyen	 Insuffisant
Utilité en situation de travail				
Amélioration de vos pratiques				

	 Très bien	 Bien	 Moyen	 Insuffisant
APPRECIATION GÉNÉRALE				

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS OU REMARQUES :