

ÉVALUATION EN FIN DE FORMATION

Nom et prénom : Catégorie :	Organisme : Dates de formation : Durée de la formation : heures	Lieu :
--	--	---------------

DÉCRIVEZ CE QUE CETTE FORMATION DOIT VOUS APPORTER

--

BILAN DE LA FORMATION RÉALISÉE

Qu'avez-vous pensé de la formation ?	Insatisfait	Plutôt insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Du niveau général de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son adéquation avec les objectifs 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 du formateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité et de l'adaptation du formateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre niveau par rapport aux attentes ou au groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des supports de formation fournis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation matérielle et de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des commentaires complémentaires ?				

Date :

Signature du stagiaire :