**ÉVALUATION APRÈS LA FORMATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom :**  **Catégorie** : ………………….. | **Organisme :       Lieu :**  **Dates de formation :**  **Durée de la formation :       heures** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVIS SUR LA FORMATION REALISEE** | | | | | | | | | | |
| Le stagiaire devait-il suivre cette formation pour acquérir de nouvelles compétences ? | Oui | Non | | | | Je ne sais pas | | | | |
| La formation choisir semblait-elle répondre à son besoin ? | Oui, parfaitement | Oui, partiellement | | | | Non | | | | Je ne sais pas |
| Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ? |  | | | | | | | | | |
| Qui était à l’initiative de cette formation ? | L’entreprise | Le stagiaire | | | | | Le stagiaire et l’entreprise | | | |
| Depuis la fin de sa formation, la stagiaire a-t-il pu mettre en application les compétences acquises ? | Oui | Oui partiellement | | | | | Non | | | |
| Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ? |  | | | | | | | | | |
| Que manque-t-il pour que les compétences acquises lors de la formation soient mises en application ? | Avoir de plus de temps de mise en application | | | Etre guidé par l’organisme ou un collègue de travail | | | | | Autre | |
| A l’issue de sa formation, L’entreprise a-t-elle fait le point sur l’apport de sa formation avec le stagiaire ? | Oui | | | | Non | | | | | |
| Remarques et observations du stagiaire à l’issue de la formation |  | | | | | | | | | |
| Les objectifs ciblés ont-ils été atteints grâce à la formation ? | En totalité | | Partiellement | | | | | Non | | |

Date:       Signature de l’entreprise :

