**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 :

