

## 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
La formation choisie semblait-elle répondre à son besoin ?	<input type="checkbox"/> Oui, parfaitement	<input type="checkbox"/> Oui, partiellement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ?			
Qui était à l'initiative de cette formation ?	<input type="checkbox"/> L'entreprise	<input type="checkbox"/> Le stagiaire	<input type="checkbox"/> Le stagiaire et l'entreprise
Depuis la fin de sa formation, la stagiaire a-t-il pu mettre en application les compétences acquises ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui partiellement	<input type="checkbox"/> Non
Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ?			
Que manque-t-il pour que les compétences acquises lors de la formation soient mises en application ?	<input type="checkbox"/> Avoir de plus de temps de mise en application	<input type="checkbox"/> Etre guidé par l'organisme ou un collègue de travail	<input type="checkbox"/> Autre
A l'issue de sa formation, L'entreprise a-t-elle fait le point sur l'apport de sa formation avec le stagiaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Remarques et observations du stagiaire à l'issue de la formation			
Les objectifs ciblés ont-ils été atteints grâce à la formation ?	<input type="checkbox"/> En totalité	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Non

Date:

Signature de l'entreprise :