

Questionnaire de satisfaction

Votre avis nous aide à améliorer en continu la qualité de nos formations. Merci de cocher la case correspondant à votre appréciation.

★ Note globale / 5

Cochez la case correspondant à votre note d'ensemble.

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait				Très satisfait

Prénom et NOM *	Formateur-riche
Titre de la formation *	
Date de la formation *	

* Champ obligatoire

PRÉPARATION DE LA FORMATION	☺ OUI			☹ NON	
Avez-vous identifié vos attentes et vos besoins avant la formation ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Avez-vous pu évoquer les objectifs de la formation avec votre responsable hiérarchique ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
CONTENU DE LA FORMATION	OUI	MOYEN			NON
Le contenu de la formation est-il conforme au programme annoncé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Le contenu est-il conforme à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
ANIMATION PÉDAGOGIQUE	OUI	MOYEN			NON
La formation vous a-t-elle paru facilement compréhensible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Les mises en situation et exercices étaient-ils adaptés à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Le rythme de la formation était-il adapté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Les supports pédagogiques étaient-ils clairs et de qualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
La qualité des échanges entre le formateur et les stagiaires vous a-t-elle paru satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
MOBILISATION DES COMPÉTENCES ACQUISES	OUI	MOYEN			NON
Les acquis de la formation vous seront-ils utiles pour assurer vos fonctions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Les supports de cours vous seront-ils utiles pour assurer vos fonctions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
ORGANISATION ET CONDITIONS MATÉRIELLES	OUI	MOYEN			NON
L'accueil et l'organisation de la session étaient-ils satisfaisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Les conditions matérielles (lieu, salle, équipements) étaient-elles satisfaisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
DURÉE	SUFFISANTE	TROP COURTE			TROP LONGUE
La durée de la formation vous a paru :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Points forts et partie la plus intéressante					
Axes d'amélioration et suggestions					