Date de la formation choisie :

Lieu :

Intitulé de la formation :

**QUESTIONNAIRE FIN DE FORMATION A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE**.

Ce questionnaire est très important afin d’avoir un contrôle, à la fin de formation, sur les connaissances acquises par les stagiaires et la satisfaction des stagiaires auprès du contenu et la modalité de la formation.

L’AFTC Var vous remercie pour votre évaluation.

|  |
| --- |
| Évaluation d’accueil de l’organisme  |
| Cochez une valeur en fonction de votre appréciation des acquis de la formation(1 = pas du tout satisfaisant, 2 = partiel, 3 = satisfaisant, 4 = excellent |
| Critères | 1 | 2 | 3 | 4 | Commentaire |
| Informations transmises avant la formation |  |  |  |  |  |
| Efficacité d’administration  |  |  |  |  |  |
| L’accessibilité et la qualité d’accueil |  |  |  |  |  |
| Condition de salle de formation |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Évaluation de la formation |
| Cochez une valeur en fonction de votre appréciation des acquis de la formation(1 = pas du tout satisfaisant, 2 = partiel, 3 = satisfaisant, 4 = excellent |
| Critères | 1 | 2 | 3 | 4 | Commentaire |
| Ambiance générale, climat, échange  |  |  |  |  |  |
| Avons-nous répondu à vos besoins ? |  |  |  |  |  |
| Nos méthodes pédagogiques sont bien appropriées ?  |  |  |  |  |  |
| Interaction au cours de la formation |  |  |  |  |  |
| Gestion du temps de la formation |  |  |  |  |  |
| Les objectifs sont bien développés ? |  |  |  |  |  |
| La répartition entre approches théoriques et pratiques est-elle satisfaisante ? |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Quels éléments avez-vous le plus appréciés ? | Quels éléments avez-vous le moins appréciés ? |
|  |  |
|  |  |
| **Suggestions d’amélioration** |
|  |

|  |
| --- |
| **Cette formation vous encourage-t-elle à suivre d’autres formations avec notre organisme, si oui lesquelles ?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Souhaitez-vous que l’on reprenne contact avec vous ultérieurement pour vous proposer des formations répondant à vos attentes ?** |
| * Oui
* Non
 |