

FORMATION

.....

Date(s) : .....

Responsable pédagogique : .....

Formateur : .....

CLIENT (PRESTATAIRE)

.....

.....

.....

Questionnaire Client

(à nous renvoyer dans le mois suivant la formation)

VOTRE ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA FORMATION

Cocher une valeur en fonction de votre appréciation de l'organisation et du contenu de la formation. (1 = pas du tout d'accord, 2 = pas vraiment d'accord, 3 = d'accord, 4 = tout à fait d'accord)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| La formation a répondu aux besoins repérés.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Le déroulement de la formation, les moyens pédagogiques étaient adaptés aux participants. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Les participants ont parlé de la formation et exprimé leur ressenti.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Les participants ont pu mettre en pratique les connaissances acquises.                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| La formation a eu un impact positif sur l'activité des participants.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |

Votre appréciation globale : ..... / 10

Vos commentaires et suggestions :

Date :

Signature :



Pôle Etudes et Formation

INSTITUT LES CENT ARPENTS

450 rue des jonquilles - 45770 SARAN

02 38 52 12 12 formation@centarpents.fr

Organisme de formation enregistré sous le N° 24 45 02516 45

Siret N° 32421514400043