

Formalaunch

Vos nom/prénom :	
Votre entreprise :	Votre fonction :
Date de votre formation :	Formation suivie :
Formateur :	

Veillez indiquer votre niveau de satisfaction relatif aux points suivants :

<i>Mettre une croix dans la colonne adéquate, svp.</i>	t r è s satisfait	satisfait	insatisfai t	t r è s insatisfait
Rythme de la formation				
Contenu de la formation				
Supports de la formation (documentation)				
Conditions matérielles de la formation				
Présentation claire des informations par le formateur				
Discussions utiles au moment propice				
Mise en pratique pertinente				
Pédagogie du formateur				
Programme de formation respecté				
Prise en compte de vos attentes				
Atteinte des objectifs				
Votre appréciation globale				

Vous sentez vous prêt à mettre en pratique?

Oui Non

Si non, précisez pourquoi (et ce qui vous manque)

Observations / Suggestions d'amélioration

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION