

Nom du dirigeant / enquêté :

Nom du (des) collaborateur(s) ayant suivi la formation :

Organisme
Adresse,
Code Postale Ville

Date début et fin formation :

Durée de la formation (en heures) :

	OUI	NON	En Partie	Commentaires
Votre collaborateur avait-il besoin de suivre cette formation pour acquérir de nouvelles compétences ?				

Enquête client (prescripteur)

La formation semblait-elle répondre à son besoin ?				
Avez-vous constaté des écarts entre les compétences attendues et les compétences acquises ?				
La formation a-t-elle permis à votre collaborateur d'atteindre les objectifs fixés ?				

Enquête client (prescripteur)

Depuis la fin de sa formation, a-t-il pu mettre en pratique les connaissances acquises ?				
Si non, selon vous, qu'est ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de sa formation ?				
L'action de formation suivie par votre collaborateur a-t-elle eu un impact sur l'activité de votre organisme ?				
Précisez				

Enquête client (prescripteur)

<i>Votre appréciation globale</i>	t r è s satisfait	satisfait	insatisfai t	t r è s insatisfait
-----------------------------------	----------------------	-----------	-----------------	------------------------

Vos commentaires et suggestions :

Date :

Signature :