

EVALUATION DE LA FORMATION

TITRE DE LA FORMATION	Date
Prénom NOM	Formateur.trice

Quel est votre niveau de satisfaction ? (0 = Insatisfait ; 5 = Très satisfait)

	0	1	2	3	4	5	Commentaire (si nécessaire)
Rythme de la formation							
Adaptation des horaires au contenu de la formation							
Conditions d'organisation							
Qualité de l'animation							
Qualité des supports utilisés							
Globalement, la formation a-t-elle répondu à vos attentes ?							

Quels ont été les « plus » de la formation ?	
Que faudrait-il changer ou améliorer ?	