Evaluation
Formation

coopallia
Intégrateur de compétences

INTITULE DE LA FORMATION

Nom :

Prénom :

Société :

Fonction :

Date(s) de la formation : ……..

Lieu : ……..

Formateur : [Prénom NOM]

Modalités de la formation : ☐ Intra ☐ Inter

La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

☐ Oui

☐ Partiellement

☐ Non

Qualité de l'organisation

	😁	🙂	😐	☹️
Accueil	☐	☐	☐	☐
Locaux, matériel	☐	☐	☐	☐
Horaires, durée, rythme	☐	☐	☐	☐

Qualité des moyens pédagogiques et matériels

	😁	🙂	😐	☹️
Supports	☐	☐	☐	☐
Matériels utilisés	☐	☐	☐	☐
Facilité d'utilisation	☐	☐	☐	☐

Qualité du contenu

	😁	🙂	😐	☹️
Intérêt du contenu	☐	☐	☐	☐
Conformité au programme	☐	☐	☐	☐
Adaptation au public	☐	☐	☐	☐

Qualité de la pédagogie

	😁	🙂	😐	☹️
Clarté de l'exposé	☐	☐	☐	☐
Animation de l'intervenant	☐	☐	☐	☐
Intérêt des documents	☐	☐	☐	☐

Pertinence pour mes pratiques

	😁	🙂	😐	☹️
Apport d'informations utiles	☐	☐	☐	☐
Amélioration de méthodes	☐	☐	☐	☐
Complément à ma professionnalisation	☐	☐	☐	☐

Evaluation
Formation

Points forts / Points faibles de la formation

Commentaires / Observations / Suggestions / Axes d'amélioration

Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

Satisfaction globale

😄	🙂	😐	🙁
☐	☐	☐	☐