



EVALUATION SATISFACTION

FORMATION :

NOM Prénom (Facultatif)

Cochez les cases de votre choix - Merci de votre collaboration

Que pensez-vous de l'organisation matérielle et logistique de cette formation ?

Excellente

Bonne

Moyenne

A revoir

Les thèmes abordés pendant la formation étaient-ils pertinents ?

Tout à fait

Partiellement

Pas du tout

Sans opinion

Le choix du ou des intervenants était-il adapté ?

Tout à fait

Partiellement

Pas du tout

Sans opinion

Cette formation a-t-elle contribué à l'amélioration de vos connaissances sur le sujet traité ?

Beaucoup

Partiellement

Pas du tout

Sans opinion

Les informations délivrées vous amèneront-elles à modifier vos pratiques ?

Surement

Peut-être

Pas du tout

Sans opinion

Cette formation est-elle conforme à vos attentes ?

Oui

Partiellement

Pas du tout

Sans opinion

Recommanderiez-vous cette formation à vos confrères ?

Surement

Peut-être

Pas du tout

Sans opinion

Quels sont les principaux enseignements que vous retirez de la formation suivie ?

Quels sont les thèmes que vous souhaiteriez voir aborder lors de prochaines formations ?

Remarques et suggestions diverses