

### EVALUATION DE LA FORMATION

<b>STAGIAIRE</b> Nom : Prénom :	Date de début de formation : Date de fin de formation : Durée de la formation :       heures
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

**DECRIEZ CE QUE VOUS PENSEZ QUE CETTE FORMATION VOUS APPORTERA**

**AVIS SUR LA FORMATION REALISEE**

Qu'avez-vous pensé	Inadapté	Plutôt insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Du niveau global de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'atteinte des objectifs pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des méthodes pédagogiques utilisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des qualités pédagogiques de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre niveau par rapport à celui du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des supports de formation transmis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation matérielle et des conditions d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des commentaires complémentaires :				

Date:

Signature du stagiaire :