

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1. A quelle formation avez-vous participé ?

Thème de la formation	
Date de la formation	
Nom du formateur	
Prénom du formateur	
Date de la formation	jj/mm/aaaa

2. Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ?

<input type="checkbox"/>	Je n'ai rien appris
<input type="checkbox"/>	J'ai peu appris
<input type="checkbox"/>	J'ai appris de manière satisfaisante
<input type="checkbox"/>	J'ai beaucoup appris

3. Pensez-vous que l'alternance théorie-pratique a permis une efficacité maximale ?

<input type="checkbox"/>	Pas du tout
<input type="checkbox"/>	Partiellement
<input type="checkbox"/>	Suffisamment
<input type="checkbox"/>	Tout à fait

4. Êtes-vous satisfait des contenus proposés ?

<input type="checkbox"/>	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	Peu satisfait
<input type="checkbox"/>	Satisfait
<input type="checkbox"/>	Très satisfait

5. Estimez-vous que les objectifs de la formation sont ceux qui vous aideront à être plus performant dans votre travail ?

<input type="checkbox"/>	Pas du tout
<input type="checkbox"/>	Partiellement
<input type="checkbox"/>	Suffisamment
<input type="checkbox"/>	Tout à fait

6. Êtes-vous satisfait des possibilités d'utilisation des acquis sur votre lieu de travail ?

<input type="checkbox"/>	Pas du tout
<input type="checkbox"/>	Partiellement
<input type="checkbox"/>	Suffisamment
<input type="checkbox"/>	Tout à fait

7. Quelle partie des acquis estimez-vous pouvoir mettre en œuvre sur votre lieu de travail ?

<input type="checkbox"/>	Aucune partie
<input type="checkbox"/>	Une faible partie des acquis
<input type="checkbox"/>	Une partie acceptable des acquis
<input type="checkbox"/>	L'ensemble des acquis

8. Dans quel délai aurez-vous l'occasion de mettre les acquis en œuvre sur votre lieu de travail ?

<input type="checkbox"/>	Pas avant 1an
<input type="checkbox"/>	Pas avant 3 mois
<input type="checkbox"/>	Dans les 3 mois
<input type="checkbox"/>	Dans le mois qui suit la formation

9. Êtes-vous satisfait des compétences que vous avez acquises ?

<input type="checkbox"/>	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	Peu satisfait
<input type="checkbox"/>	Satisfait
<input type="checkbox"/>	Très satisfait

10. Êtes-vous optimiste quant aux possibilités de transfert des compétences acquises ?

<input type="checkbox"/>	Sceptique
<input type="checkbox"/>	Dubitatif
<input type="checkbox"/>	Confiant
<input type="checkbox"/>	Optimiste

11. Pour chaque objectif, estimez, selon vous, votre niveau de compétence.

<i>0 = pas du tout capable 10 = tout à fait capable</i>	Avant la formation	Au terme de la formation
a. Planifier et gérer des projets par des objectifs	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b. Développer des programmes d'activités et des plans de travail	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c. Développer des plans budgétaires	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
d. Évaluer le projet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
e. Construire et manager des équipes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Avez-vous des propositions d'amélioration concernant la formation ?

13. Etes-vous intéressé par d'autres formations ? si oui lesquelles ?

Nom	
Prénom	
Société	
Adresse	
Fonction	
Email	
Téléphone	