

**QUESTIONNAIRE SATISFACTION ENTREPRISE  
Évaluation à froid**

**Votre appréciation sur la formation suivie par votre / vos collaborateur(s)**

À la fin de chaque formation, nous avons l'habitude de demander au participant son évaluation de sa satisfaction de la formation à chaud. Il nous apparaît tout aussi important de recueillir votre avis.

Nom et Prénom du stagiaire :  
Nom et Prénom de son N+1 :  
Nom et Prénom de la personne en lien avec notre organisme de formation :  
  
Intitulé de la formation :  
Prestataire de formation et nom du formateur :  
Date de réalisation de la formation :

**Organisation de la formation**

**Recueil de vos besoins avant la formation**

- Très bien
- Bien
- Moyen
- Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Information sur les objectifs de la formation et les modalités d'organisation**

- Très bien
- Bien
- Moyen
- Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Durée du stage**

- Très bien
- Bien
- Moyen

Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Informations figurant sur la convention de formation**

Très bien

Bien

Moyen

Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Communication avec nos services (administratif, pédagogique, commerciale,..)**

Très bien

Bien

Moyen

Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Utilité de la formation**

**À l'issue de sa formation, votre collaborateur a eu un entretien avec vous ou avec son N+1 pour faire le point sur l'apport de sa formation ?**

Oui

Non

**Cohérence de la formation par rapport aux attentes de l'apprenant**

Très bien

Bien

Moyen

Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Utilité du stage pour l'application directe dans votre entreprise**

Très bien

Bien

- Moyen
- Mauvais

Commentaires

.....  
.....

**Depuis la fin de sa formation, a-t-il pu mettre en pratique les connaissances acquises lors de sa formation ?**

- Oui
- Oui partiellement
- Non
- Je ne sais pas

A quelle fréquence ?       Régulièrement     Occasionnellement

Si « oui partiellement » ou « non », à quoi cela est-il dû ?

*(plusieurs réponses sont possibles, cochez la (ou les) case(s) correspondante(s))*

- L'opportunité ne s'est pas présentée
- La formation dispensée n'était pas adaptée à ses besoins
- La formation n'a pas eu lieu au bon moment (trop tôt ou trop tard)
- Le niveau de formation n'était pas adapté à son propre niveau
- Les points traités en formation n'ont pas de lien avec son travail
- Le collaborateur a changé de fonction entre temps
- Autres (à préciser) : .....

**Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de sa formation ?**  
(disposer plus de temps de mise en pratique, être guidé par vous ou un collègue....)

.....  
.....

<p><b>NOTE GLOBALE DE VOTRE SATISFACTION SUR 10 : .....</b></p>
---

Remarques/observations du collaborateur :

.....  
.....  
.....  
.....



**Khépri Santé  
Formation**

*Société KHEPRI FORMATION – Centre de Formation SAS au capital de 10 000 €  
188 GR rue Charles de Gaulle - 94130 NOGENT SUR MARNE - Tél. :+33 (0)1 84 25 22 87  
RCS Créteil 811 445 410 00012 – APE 8690F – N° TVA FR 89811445410*

*N° Formateur 11940951494 – OF\_13 641 - id-Data-Dock 0052300 enregistré auprès de la DIRRECTE de la région de l'Île de France*