QUESTIONNAIRE D’APPRECIATION PARTICIPANT

**Titre de la formation : Devenir praticien en EFT**

**Nom du Formateur** : Patrick LELU

**Identité du participant *(Optionnel)***: Véronique Odin

**Nom : Prénom :**  **Poste occupé :**

**Niveau** : CAP □ BAC □ BAC PRO □ BTS □ BAC +2□ BAC +3 □ BAC +4 □ BAC +5 □ Autre □ :

**Nombre d’années d’expériences dans le métier actuel** :

**Evaluation de l’action de formation** : *Merci de cocher la case correspondant à votre choix de satisfaction*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pas satisfait** | **Moyennement satisfait** | **Assez satisfait** | **satisfait** | **Très satisfait** |
| **Atteinte des objectifs** |  |  |  |  |  |
| **Pertinence du programme** |  |  |  |  |  |
| **Outils et matériels pédagogiques** |  |  |  |  |  |
| **Supports de cours** |  |  |  |  |  |
| **Travaux réalisés** |  |  |  |  |  |
| **Locaux** |  |  |  |  |  |
| **Suivi de l’inscription** |  |  |  |  |  |
| **Accueil** |  |  |  |  |  |
| **Maîtrise du sujet du formateur** |  |  |  |  |  |
| **Participation du groupe** |  |  |  |  |  |
| **Test d’entrée (positionnement)** |  |  |  |  |  |
| **Test d’évaluation finale** |  |  |  |  |  |
| **Durée de la formation** |  |  |  |  |  |
| **Acquisition de nouvelles compétences** |  |  |  |  |  |
| **Atteinte des objectifs** |  |  |  |  |  |
| **Appréciation de l’organisme de Formation** |  |  |  |  |  |
| **Satisfaction globale de la formation** |  |  |  |  |  |

**Aviez-vous les pré-requis nécessaires à cette formation** : □ Oui □ Non

**A quel moment allez-vous mettre en pratique les connaissances acquises** :

□ Jamais □ Je ne sais pas □ Avant 6 mois □ Dès demain

**Quels seraient selon vous les points forts et les points faibles de cette formation :**

Point(s) Forts :

Point(s) faibles :

**Quels sont vos projets formation à venir :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………