*M*aj 27/10/21 S6D8

**VOTRE EVALUATION DE LA FORMATION**

NOM Prénom : ……………………………………………………………………...

Entreprise : …………………………………………………………………………….

Dates formation: ………………………………………………………………………..

Formateur : …………………………………………………………………………….

*Dans le cadre de notre démarche qualité et de notre politique d’amélioration continue, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à la fiche d’évaluation ci-après.   
  
Cette fiche vous sera demandée par le formateur TRAPEC lors de la phase de Validation des acquis, qui se déroulera le …………………………………………..*

*Merci de votre participation*

**Voir questionnaire à remplir au verso**

**VOTRE SATISFACTION**

**Votre Note:  /10**

Observations…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la qualité de cette formation ? …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

Pensez-vous qu’un suivi annuel permettrait d’ancrer les nouveaux fonctionnements au sein de l’équipe ?

* OUI
* NON

Recommanderiez-vous TRAPEC à vos relations ou à d’autres services de votre Etablissement ?

* OUI, vous pouvez contacter………………………………………………………………….
* NON

*Cochez une valeur en fonction de votre appréciation   
(1 = insatisfaisant, 2 = peu satisfaisant, 3 = satisfaisant, 4 = très satisfaisant)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RELATION COMMERCIALE-DECOUVERTE DES BESOINS** | |
| Qualité de l’accueil téléphonique | 1 2 3 4 |
| Compréhension de la demande | 1 2 3 4 |
| Qualité de la réponse apportée | 1 2 3 4 |
| Clarté des informations données (plaquette, devis, proposition…) | 1 2 3 4 |
| **DEROULEMENT DU MODE OPERATOIRE – PERFORMANCE DE LA SOLUTION** | |
| Communication des objectifs et du programme avant la formation | 1 2 3 4 |
| Organisation et déroulement de la formation (planning, horaires) | 1 2 3 4 |
| Clarté du contenu pédagogique | 1 2 3 4 |
| Conformité de la formation dispensée au programme | 1 2 3 4 |
| Adéquation des supports pédagogiques proposés (guide méthodologique) | 1 2 3 4 |
| Pertinence des outils pédagogiques installés | 1 2 3 4 |
| Progression de la formation (durée, rythme, alternance théorie/pratique) | 1 2 3 4 |
| Ecoute et disponibilité du formateur | 1 2 3 4 |
| **QUALITE GLOBALE DE LA FORMATION** | |
| La formation a répondu à vos attentes initiales | 1 2 3 4 |
| Les objectifs pédagogiques prévus ont été atteints | 1 2 3 4 |
| Vous êtes capable d’utiliser et reproduire les connaissances et compétences acquises | 1 2 3 4 |
| La formation a été en adéquation avec le métier ou les réalités du secteur | 1 2 3 4 |

***Signature et tampon***