

EVALUATION DE FORMATION A CHAUD

Nom : Prénom : Statut : Entreprise : OPCA :	Organisme : SUN DESIGN Lieu : 21, rue Saint Philippe – 06000 NICE Intitulé Formation : Dates de formation : Durée de la formation :
CPF : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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 son adéquation avec les objectifs initialement fixés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'apport immédiat pour votre poste	<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"/>



21, rue Saint Philippe - 06000 Nice
 Tél. 04 93 52 97 25 - Fax : 04 93 52 97 25
www.sun-design.net info@sun-design.net
 Déclaration d'activité N° 93 06 06 21 906



DECRIVEZ CE QUE VOUS PENSEZ QUE CETTE FORMATION VOUS APPORTERA

VOTRE APPRECIATION GLOBALE DE LA PRESTATION				
Exceptionnel	Depasse les attentes	Répond aux attentes	Doit s'améliorer	Inacceptable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS COMMENTAIRES

Points forts de la formation	Points faibles de la formation
.....
.....
.....

Date:

Signature du stagiaire :



Société à responsabilité limitée au capital de 7 622 € - RCS Nice 443 864 SIRET 443 864 533 00031 APE 741J

Déclaration d'activité N° 93 06 06 21 906