

ÉVALUATION SATISFACTION CLIENT

Formation : Gestion de Projet Agile - Scrum Master

Dates : Du 02/12/2025 au 06/12/2025

Entreprise : TechCorp Solutions

Nombre de participants : 8

Votre avis est important pour nous ! Merci de prendre quelques minutes pour évaluer notre prestation et nous aider à améliorer nos services.

Échelle : 1 = Très insatisfait / 5 = Très satisfait

Critère	1	2	3	4	5
Qualité de la prestation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactivité et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du formateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence du contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation logistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport qualité/prix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les objectifs de formation ont-ils été atteints ?

☐ Oui, totalement ☐ Oui, partiellement ☐ Non

Vos collaborateurs sont-ils satisfaits de la formation ?

☐ Très satisfaits ☐ Satisfaits ☐ Peu satisfaits ☐ Insatisfaits

Recommanderiez-vous nos services ?

☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous mettre en place d'autres formations ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, sur quels thèmes ?

Commentaires et suggestions :

Nom et fonction : _____

Date : ____/____/____ Signature :