

Nom et prénom(s) :

Fonction :

Direction :

Intitulé de la formation :

Date(s) :

Lieu :

1. CONTENU DE LA FORMATION

Comment jugez-vous ?	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	NSP (Ne sait pas)
• Le niveau général de la session	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les thèmes abordés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les exercices réalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des supports pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ATTEINTE DES OBJECTIFS DE LA FORMATION

Pensez-vous que les objectifs ci-dessous ont été atteints ?	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	NSP (Ne sait pas)
TypeScript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
React	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ADEQUATION DE LA FORMATION AVEC VOS ATTENTES ET/OU OBJECTIFS PROFESSIONNELS

Est-ce que la session suivie ...	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	NSP (Ne sait pas)
• Correspond globalement à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contribue à l'atteinte de vos objectifs professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous semble-t-elle utile pour la suite de vos activités et applicable en pratique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. INTERVENANT

Comment jugez-vous :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	NSP (Ne sait pas)
• La pédagogie utilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité et l'attractivité de l'animation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les compétences, l'expertise et la maîtrise du sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ORGANISATION DE LA SESSION

Comment jugez-vous :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant	NSP (Ne sait pas)
• La salle de la formation et le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les horaires et la durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les commodités : pause-café, Déjeuner...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires, remarques et questions complémentaires (par exemple : Durée de la formation jugée trop longue ou trop courte)

.....

.....

.....

Signature du Participant :