

PARTIE APPRENANT

PRÉNOM :

NOM :

I - Évaluez la formation

	OUI	NON
1- Le formateur s'assure de la bonne compréhension avant de passer aux notions suivantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Les liens entre les différentes notions vous paraissent clairs et logiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Les supports transmis sont clairs dans leur structure et leur contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Les méthodes de transmission des cours sont adaptées au niveau des participants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- La structure thématique des cours vous donne des repères suffisants pour progresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Les exercices qui vous sont donnés sont cohérents par rapport aux notions abordées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Le rythme d'enchaînement des différentes notions est trop rapide pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8- Vos observations sur le déroulement de la semaine de formation :

12- Pour conclure, cette évaluation vous permet de mieux identifier vos acquis et difficultés

☐☐

DATE :

SIGNATURE :

II - Évaluez-vous

9- Pour vous, quelles notions sont claires :

10- Pour vous, quelles notions sont à revoir :

11- Sur la semaine passée, combien de temps personnel avez-vous consacré pour assimiler les notions abordées avec le formateur ?

a. Nombre d'heures approx. :

b. Précisez quelles notions :

Semaine #