

Kursbewertung

Name | Vorname | _____

Kursdatum | _____

- ☐ Gruppe FachpsychotherapeutIn
- ☐ Gruppe FachberaterIn
- ☐ Gruppe FachberaterIn im Alter
- ☐ Gruppe Fachpädagogen
- ☐ Gruppe Vertiefungsseminare

Inhaltlich	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
DozentIn	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Kursunterlagen	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Organisation/Sekretariat	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut

Was kann verbessert werden? | _____

Was nehmen Sie von diesem Kurs für Ihren Berufsalltag mit? | _____

Datum | Unterschrift | _____