

A remplir par le Responsable de formation

Formation :

Formateur :

Date :

A remplir par le participant (Optionnel)

Nom :

Prénom :

Fonction :

Visa :

Evaluation du formateur :

Critères	Note					Observations
	0	1	2	3	4	
Respect du contenu du programme						
Contenu de la documentation						
Qualité Pédagogique et Aptitude de l'animateur						
Qualité des travaux pratiques						

Evaluation de la logistique :

Critères	Note					Observations
	0	1	2	3	4	
Respect de l'horaire						
Qualité de la logistique support						
Adéquation du thème au besoin						
Applicabilité du thème au travail						

NB :

0 : Très mauvais

2 : Moyen

1 : Mauvais

3 : Bien

4 : Très bien