**Questionnaire de Satisfaction Client à Chaud**

**Référence de l’action :**

|  |
| --- |
| Intitulé de la formation : **intitule\_formation** |
| Date : **date\_debut\_formation** au **date\_fin\_formation** |
| Durée jours/heures : **duree\_formation heures** |
| Lieu de la formation : **lieu\_formation** |
| Nom/prénom des intervenants : **nom\_formateur** **prenom\_formateur** |
| Nom/prénom du participant : |

Nous allons vous proposer quelques questions qui ont pour objet de mesurer la pertinence et la qualité de la formation que vous avez suivi ainsi que l’impact qui en a résulté.

*Cocher la case qui correspond à votre niveau de satisfaction.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questions :** | ++  4 | +  3 | -  2 | --  1 |
| **1. Informations transmises avant la formation** |  |  |  |  |
| **2. Cohérence entre les objectifs et la formation** |  |  |  |  |
| **3. Cohérence entre vos attentes et la formation** |  |  |  |  |
| **4. Les moyens pédagogiques** |  |  |  |  |
| **5. La pédagogie du formateur** |  |  |  |  |

**5) Quels autres thèmes auriez-vous souhaité aborder ?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6) Niveau de satisfaction général sur 10.**

**+++ ---**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |