

Niveau d'appréciation de la formation par l'agent

Nom de l'agent :

Prénom de l'agent :

FORMATION SUIVIE

Intitulé de la formation :

Organisme de formation :

Date de début : Date de fin :

Nombre de jours : Mode de formation :

CONTENU DE FORMATION

Merci de cocher la case correspondant à votre opinion :



Qualité du contenu de la formation : *

Structure de la formation (rythme, progression pédagogique, etc.) : *

Adéquation du contenu de la formation avec le programme annoncé : *

Qualité des supports de formation : *

Commentaires :

PEDAGOGIE

Nom du formateur :

Fonction du formateur :



Qualités pédagogiques du formateur (élocution, dynamisme, etc.) : *

Expertise du formateur (niveau de connaissance dans son domaine, etc.) : *

Méthodologie de la formation : *

Théorie

Etude de cas /mise en situation

Echanges de pratiques

Supports vidéos

Supports papiers

Travail en sous-groupe

Support envoyé par mail à l'issue de la formation

Autre :

Commentaires :

