



Questionnaire pour Prescripteur et manager

Questionnaire pour manager

Action de formation : Bilan de compétences 18 heures

Lieu de la formation : SCRIBES - 413 rue Philippe Héron 69400 Villefranche Sur Saône

Date de la formation : du au

Formateur(s) :

- Mme PROVOST Fanny

Nom : _____

Votre nom ?

Votre Prénom ?

Votre structure ?

Votre Fonction ?

Type d'accompagnement

Une seule réponse possible

- Formation
- Bilan de compétences

Nom de la formation

Nombre de personnes formées ou accompagnées

Quel est votre degré de satisfaction concernant la prestation globale ?

Entourez le score

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment évaluez-vous notre démarche en amont de la prestation (Suivi administratif de votre dossier)

Entourez le score

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment évaluez-vous notre démarche en amont de la prestation (Planification des sessions)

Entourez le score

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment évaluez-vous notre organisation pédagogique (Adéquation du programme de formation avec vos attentes)

Entourez le score

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'apprenant a-t-il pu mettre en pratique les connaissances acquises ?

Une seule réponse possible

- Non la formation n'était pas adaptée au besoin
- Non l'opportunité ne s'est pas présentée
- Oui, occasionnellement
- Oui, régulièrement
- Oui, tout le temps

Impact de la formation

Cochez une case par ligne

| | Pas du tout | Peu | Moyennement | Beaucoup |
|--|-------------|-----|-------------|----------|
| Cette formation a-t-elle accru l'efficacité de l'apprenant ? | | | | |

Seriez-vous prêts à faire de nouveau appel à notre organisme ?

Une seule réponse possible

- OUI
- NON

Recommanderiez-vous notre organisme de formation auprès de vos partenaires ?

Une seule réponse possible

- OUI
- NON

Quels pourraient être les prolongements nécessaires à la formation ?

Note globale

Entourez l'étoile



Autres remarques