

ENQUETE DE SATISFACTION

Nom et Prénom du participant :	
Formation suivie :	FIMO Marchandises
Date de la formation :	Du 00/00/2026 AU 00/00/2026
Lieu de la formation :	WOUSTVILLER
Nom du formateur :	VOGELGESANG Didier

A – Indiquez la réponse qui correspond le plus à votre opinion sur les thèmes suivants :

Vous êtes sur les thèmes suivants :	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
ORGANISATION DE LA FORMATION				
Fournitures pédagogiques (livret ou support de cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Véhicules et/ou Engins utilisés pour les formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locaux d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil des formateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Composition et taille du groupe (nombre de participants et homogénéité du niveau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEDAGOGIE ET ANIMATION				
Qualité des apports théoriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supports visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des leçons pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passage entre la mise en pratique et la théorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédagogie de l'intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication entre le (ou les) intervenant(s) et le groupe (écoute et disponibilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptation de l'intervenant à chaque participant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité du formateur à faire participer les stagiaires dans la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A L'ISSUE DE LA FORMATION				
Apport de la formation sur le plan professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transposition de la formation à mon poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apport de la formation sur le plan personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE				
Cette formation est globalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous cette formation ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Recommanderiez-vous cet organisme de formation ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	

Avez-vous d'autres besoin en formations ?

.....
.....

Vos remarques :

.....
.....