

GRILLE ÉVALUATION DE LA FORMATION

FORMATION	Début le 00/00/0000 // Fin le 00/00/ 0000 Formation individuelle - Intitulé : Total des heures de formation : xxx Heures soit xx jours
Évaluation de l'enseignement (sélectionner une réponse)	Très bien Bien Insuffisant Très insuffisant
Objectifs (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	Les objectifs ont-ils été clairement définis ? Les objectifs énoncés ont-ils été respectés ? Les objectifs poursuivis ont-ils été atteints ?
Contenu de l'enseignement (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	Le contenu était-il adapté à votre niveau de connaissance ? Le contenu était-il cohérent ? Le contenu était-il rigoureux par rapport à vos attentes ? Les apports de cet enseignement vous semblent-ils importants pour votre projet professionnel ? La quantité de travail demandée vous paraît-elle équilibrée ?

Pédagogie (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	La démarche pédagogique était-elle adaptée à votre niveau de connaissance et au type de formation ? Le formateur a-t-il été suffisamment disponible ? La qualité des supports était-elle adaptée ? L'enseignement a-t-il permis un partage suffisant des idées et connaissances ?
Contrôle des connaissances (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	Le mode d'évaluation des connaissances vous paraît-il approprié ? Avez-vous eu connaissance des modalités d'évaluation de votre travail ?
Organisation (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	Le planning et le rythme des apprentissages étaient-ils satisfaisants ? Le volume horaire attribué à cette formation vous paraît-il convenable ? Les conditions matérielles (salles, équipements, outillage) vous paraissent-elles satisfaisantes ?
Accueil (oui, non, plutôt oui, plutôt non)	L'accueil du stagiaire (repas, logement) vous a-t-il paru satisfaisant ? Avez-vous le sentiment qu'il était adapté à votre temps de présence ? Diriez-vous que l'ambiance générale de l'atelier était agréable ?

LE -LA STAGIAIRE

N° de Convention

DATE & SIGNATURE