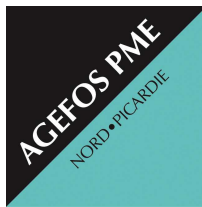


|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| Renseignements obligatoires | Nom Entreprise :      |
|                             | Nom du Salarié(s) :   |
|                             | Dates de formation :  |
|                             | Nom de la formation : |
|                             | Prestataire :         |



## ACTIONS COLLECTIVES

|                           |
|---------------------------|
| <b>Réservé AGEFOS PME</b> |
| Code Projet :             |
| N° Adhérent :             |

# Votre avis nous intéresse !

Questionnaire à renseigner par le stagiaire et à renvoyer par l'organisme de formation à AGEFOS PME :  
 Courrier : **AGEFOS PME Nord Picardie, Claire Vatin, Rue de l'Île Mystérieuse 80 440 Boves**  
 Fax : **03.22.35.42.53**

**Vous venez de suivre une formation co-financée par AGEFOS PME et/ou des partenaires publics  
 Merci de prendre quelques instants pour répondre à cette enquête de satisfaction**

### 1- Comment avez-vous connu cette formation :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Par mon entreprise                            | <input type="checkbox"/> Site Web AGEFOS PME Nord Picardie  |
| <input type="checkbox"/> Par le bouche à oreille                       | <input type="checkbox"/> Autres (catalogue AGEFOS PME, ...) |
| <input type="checkbox"/> Par un contact avec un Organisme de formation |   |

### 2- Quelle est votre opinion ? (Cochez la case correspondante à votre choix)

| Qualité de la Formation  | 😊 | 😐 | ☹️ |
|--|---|---|----|
| 1 - Globalement, que pensez vous de l'accueil qui vous a été réservé ?       |   |   |    |
| 2 - Qualité de l'animation (dynamique, claire, adaptée au niveau de tous...) |   |   |    |
| 3 - Environnement de travail (locaux, matériel, ...)                         |   |   |    |
| 4 - Qualité des supports pédagogiques ou des outils transmis                 |   |   |    |
| 5 - Horaires de la formation (alternance formation/pauses)                   |   |   |    |

| Evaluation et Perspectives  | Oui | Non | Partiel <sup>nt</sup> |
|---|-----|-----|-----------------------|
| 6 - Atteinte de vos objectifs   |     |     |                       |
| 7 - Adéquation entre la durée et les objectifs de cette formation   |     |     |                       |
| 8 - La formation a été suivie dans le cadre d'une adaptation au poste de travail                                  |     |     |                       |
| 9 - La formation a été suivie dans le cadre d'une évolution professionnelle (changement de poste par exemple)     |     |     |                       |
| 10 - La formation a été suivie dans le cadre d'une modification dans l'organisation du service ou de l'entreprise |     |     |                       |

| Le contexte de la formation                        |  |
|--|--|
| Qui est à l'initiative de la formation ?           | <input type="checkbox"/> Mon employeur <input type="checkbox"/> Moi-même   |
| Quels dispositifs de formation ont été mobilisés ? | <input type="checkbox"/> Plan de formation de l'entreprise<br><input type="checkbox"/> DIF (Droit individuel à la formation)<br><input type="checkbox"/> VAE (Validation des Acquis de l'expérience)<br><input type="checkbox"/> Période de professionnalisation<br><input type="checkbox"/> Ne sait pas |

### Vos remarques et commentaires

Quels sont les thèmes de formation qui peuvent répondre à de futurs besoins au sein de votre entreprise :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Commercial / Marketing | <input type="checkbox"/> Langues                |
| <input type="checkbox"/> Communication          | <input type="checkbox"/> Gestion / Comptabilité |
| <input type="checkbox"/> Droit & Fiscalité      | <input type="checkbox"/> Informatique           |
| <input type="checkbox"/> Ressources Humaines    | <input type="checkbox"/> Sécurité               |

Autres : \_\_\_\_\_

### Autres commentaires

.....  
 ..... merci

