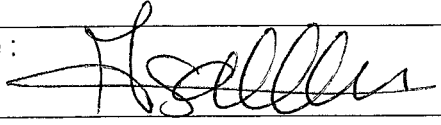


Questionnaire de fin de formation

NOM / Prénom	AGASSE JACQUES
Fonction	ANIMATEUR
Intitulé de la formation	Formation Alzheimer
Dates et durée	Du 2 au 25/11/2011
Lieu	Bodio
Type de formation	<input checked="" type="checkbox"/> Externe Organisme : Ad'Missions <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Salon professionnel <input type="checkbox"/> Conférence

Le : 28/11/11 Signature : 

Pour vous, quel était l'objectif de la formation ?

Je veux approfondir de la pédagogie, trouver
poste de travail pour un meilleur accompagnement
des patients et un travail d'équipe

Cocher la case qui vous convient	Très bien	Bien	Moyen	Faible	Vos observations
Les connaissances théoriques apportées	<input checked="" type="checkbox"/>				
Les connaissances pratiques	<input checked="" type="checkbox"/>				
L'adéquation à vos besoins propres	<input checked="" type="checkbox"/>				
Le style d'animation		<input checked="" type="checkbox"/>			
Les documents remis lors du stage		<input checked="" type="checkbox"/>			
L'échange entre participants et animateur(s)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Conditions matérielles : - restauration - salle et matériel	<input checked="" type="checkbox"/>				
Pourrez-vous mettre en œuvre les acquis de cette formation ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI				
Les points forts de cette formation ?					professionnalisme de l'intervenante. les les à peu en ces ... le temps passé avec les collègues, le partage d'expérience
Les points faibles de cette formation ?					
Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?	Totalement <input type="checkbox"/> O Un peu <input type="checkbox"/> O				En grande partie <input checked="" type="checkbox"/> O Pas du tout <input type="checkbox"/> O

Observations (continuer au verso de la feuille si nécessaire)