FICHE D'EVALUATION INDIVIDUELLE

Formateur : MT VOBMANN	**Date :** 26/03/2010
Intitulé de formation : P. en C. Maladie Alzheimer patients et familles.	**Journée n° :** **Durée totale** : 4 jours.
Etablissement : Résidence de la Vée Gauterne	**Nom Prénom Fonction (facultatif)** Dominique XXXXXXXX C. de S.

Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ? quels bénéfices en retirez-vous ?

Connaissance de la M. A. Car en tant que cadre n'est jamais en l'occasion de participer à ce type de formation. / 1ère approche de l'équipe +++

Au cours de cette formation, quelles sont les séquences qui vous ont la plus intéressée (s) ?

Formation théorique et les supports vidéos. les expériences de différents établissement.

Le moins intéressé ?

—

Quelles sont vos appréciations concernant le rapport théorie/pratique ?

T. B. Alternance = appréciable.

Quelles sont vos appréciations concernant le formateur ?

T. B.

Quelles remarques avez-vous pour l'avenir ? pour vous et/ou vos collègues (renouvellement, perfectionnement …)

Souhait que le reste de l'équipe puisse bénéficier de la formation. / avec un formateur.

Synthèse : cochez les cases suivant le barème suivant :

	1 insuffisant	2 Bien	3 Très Bien
Apport professionnel de la formation			X
Apport personnel de la formation			X
Qualité du formateur			X
Organisation générale			X

Merci de votre collaboration