

## ENTREPRISE

<b>ENTREPRISE</b>	
<b>Thème de la formation :</b>	
<b>Date(s) de la formation :</b>	
<b>Lieu de la formation :</b>	
<b>Nom du participant :</b>	

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				
Délai entre votre demande et notre retour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil téléphonique ou physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echanges téléphoniques ou courriels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents administratifs	<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"/>
LA FORMATION				
Qualité du personnel enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'organisation de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des moyens mis en œuvre pour la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence du temps de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A L'ISSUE DE LA FORMATION				
Apport de la formation pour votre entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE				
Le résultat obtenu est-il conforme à votre attente	<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 notre organisme de formation ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	

Avez-vous d'autres besoins en formations ?

.....  
 .....

Vos remarques :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Nom et fonction du signataire : .....