

**FORMATIONS COURTES QUALIFIANTES**

QUESTIONNAIRE INTERVENANT

Nom et prénom de l’intervenant :

Intitulé de la formation :

Date :

*Sur une échelle de 1 à 5 (1 étant la note la plus basse, 5 la plus haute), indiquez votre niveau de satisfaction.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Communication avec l’équipe administrative et pédagogique |  |  |  |  |  |
| Facilité d’accès aux locaux |  |  |  |  |  |
| Accueil |  |  |  |  |  |
| Equipement(s) à disposition |  |  |  |  |  |
| Salle |  |  |  |  |  |
| Implication des stagiaires |  |  |  |  |  |
| Ambiance dans le groupe |  |  |  |  |  |
| Niveau des stagiaires |  |  |  |  |  |
| Facilité d’adaptation aux besoins des stagiaires |  |  |  |  |  |

Avez-vous des remarques, informations particulières que vous souhaitez porter à notre connaissance ?