

Questionnaire d'évaluation des impacts de la formation

Prénom et Nom :
Fonction :
Titre de la formation :
Dates de la formation :

Ce questionnaire a pour objectifs de mesurer l'impact de la formation dans votre pratique professionnelle, de faire le point et d'envisager une formation complémentaire. Merci de remplir le questionnaire et de le renvoyer à l'Atelier des Pratiques 3 mois après votre formation.

1. APPLICATION DES CONNAISSANCES ACQUISES

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Avez-vous pu appliquer les connaissances que vous avez acquises lors de la formation ?				
Remarques :				

2. DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Avez-vous pu développer de nouvelles compétences liées à votre pratique professionnelle ?				
Remarques :				

3. REFLEXIONS INDIVIDUELLES

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Estimez-vous que la formation ait eu un impact sur votre savoir-faire et savoir-être ?				
Remarques :				

4. FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Envisagez-vous une formation complémentaire afin d'aller plus loin dans le développement de vos compétences ?

