

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES IMPACTS DE LA FORMATION

Client	
Nom et prénom des stagiaires	
Intitulé de la formation	
Dates de la formation	

Suite à la formation à laquelle votre (vos) salarié (s) ont participé, nous souhaiterions recueillir votre avis afin de connaître l'impact de cette formation.

Ce questionnaire comporte une série de questions auxquelles nous vous demandons de bien vouloir répondre.

Nous comptons beaucoup sur vos remarques et suggestions pour améliorer la qualité de nos futures actions de formations.

<b>Qui était à l'initiative de cette formation ?</b>	Vous-même	Votre collaborateur	Volonté commune	Autre personne :
--	-----------	---------------------	-----------------	------------------

Pour chacune des propositions suivantes, vous pouvez cocher la case qui correspond à votre opinion :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout	Je ne sais pas	Non concerné
Votre collaborateur avait-il besoin de suivre cette formation pour acquérir ou renforcer ses compétences ?						
La façon de travailler de votre collaborateur s'est-elle modifiée à l'issue de la formation ?						
Selon vous, la formation suivie par votre collaborateur a-t-elle eu une incidence positive sur le travail d'équipe ?						
Diriez-vous que cette formation a contribué à maintenir votre collaborateur dans son emploi ?						
Au regard de l'objectif visé, le résultat est-il atteint ?						

	Disposer de plus de temps de mise en pratique	Disposer d'outils adaptés	Etre accompagné par vous ou un collègue	Etre guidé par vous ou un collègue	Autre : Précisez	Non concerné
Selon vous, qu'est ce qui pourrait encore améliorer la mise en pratique de sa formation ?						

• **Depuis la fin de sa formation, votre collaborateur a-t-il pu mettre en pratique les compétences acquises ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Non, pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Ne sait pas      |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non      | <input type="checkbox"/> Non concerné     |

○ **Si « oui tout à fait » ou « oui plutôt », à quelle fréquence ?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très régulièrement | <input type="checkbox"/> Ne sait pas  |
| <input type="checkbox"/> Régulièrement      | <input type="checkbox"/> Non concerné |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement  |                                       |

○ **Si « plutôt non » ou « non pas du tout », quelles en sont les raisons ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sa maîtrise insuffisante des compétences                 | <input type="checkbox"/> Un contexte défavorable                     |
| <input type="checkbox"/> Son manque de pratique                                   | <input type="checkbox"/> Il ne dispose pas encore des outils adaptés |
| <input type="checkbox"/> Sa préférence pour les méthodes utilisées antérieurement | <input type="checkbox"/> Autre, précisez :                           |
| <input type="checkbox"/> Des priorités différentes choisies                       |  |

• **Quelles remarques ou suggestions, pourriez vous faire pour nous aider à améliorer notre formation ?**

.....

.....

• **Pour continuer à progresser, vous souhaiteriez que votre collaborateur puisse bénéficier :**

- d'un accompagnement individualisé sur son lieu de travail.
- d'une journée de formation complémentaire dans quelques mois (journée de retour d'expérience).
- d'un approfondissement sur un des sujets abordés. Précisez lequel :
- d'une formation sur d'autres thèmes. Précisez lesquels :

.....

Nous vous remercions pour votre participation et nous espérons pouvoir vous rencontrer prochainement pour vous transmettre les résultats des évaluations liées à cette formation. Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez nous contacter :

par mail à [formation@controlcprovence.fr](mailto:formation@controlcprovence.fr) ou par téléphone au 04.42.50.57.80