

Questionnaire de satisfaction à la formation au permis B

Date :

Nom prénom (facultatif) :

Notation : faire une croix dans le carré qui correspond à votre évaluation et noter les mots clés qui expliquent votre perception dans la partie « commentaires »

	très insuffisant	insuffisant	satisfaisant	très satisfaisant	Commentaires						
Dispositif d'accueil											
Horaires et facilités d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Offre de formation											
Facilité d'accès à l'offre de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Facilité d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Qualité des informations transmises avant la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Objectifs de la formation											
Objectifs de la formation clairement définis en début d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Objectifs adaptés à vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Organisation de la formation											
Moyens mis à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Rythme de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Durée de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
La maîtrise du sujet traité par le(s) formateurs et/ou Intervenant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Qualités pédagogiques du/des formateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Les moyens pédagogiques employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Satisfaction globale de votre formation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si vous deviez résumer votre formation en quelques mots clés, vous diriez ?

Commentaires libres

