Organisme de formation : ……
Déclaration d'activité n° ……

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION À CHAUD

À remplir en fin de formation

Action de formation
Intitulé : …… Du ……/……/…… au ……/……/…… · Durée : …… heures Formateur : ……

Nom et prénom	Entreprise ou financeur	Date de réponse

Cochez la case qui correspond le mieux à votre appréciation. Ce questionnaire sert à améliorer la formation, vos réponses sont lues.

Avant la formation	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Les informations reçues avant le démarrage étaient claires et complètes	☐	☐	☐	☐
Les objectifs annoncés correspondaient à mon besoin	☐	☐	☐	☐

Accueil et organisation	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Les conditions d'accueil et les locaux étaient adaptés	☐	☐	☐	☐
La durée et le rythme des séances étaient adaptés	☐	☐	☐	☐
Les moyens matériels mis à disposition étaient suffisants	☐	☐	☐	☐

Contenu	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Le contenu traité correspondait aux objectifs annoncés	☐	☐	☐	☐
Le niveau était adapté à mes connaissances de départ	☐	☐	☐	☐
Les supports remis sont utiles et réutilisables	☐	☐	☐	☐

Animation	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Le formateur maîtrise le sujet qu'il enseigne	☐	☐	☐	☐
Les explications étaient claires et illustrées	☐	☐	☐	☐
Les questions et les échanges ont trouvé leur place	☐	☐	☐	☐

Acquis	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
J'ai acquis les compétences visées par la formation	☐	☐	☐	☐
Je vois comment appliquer ces acquis dans mon travail	☐	☐	☐	☐

Recommanderiez-vous cette formation à un collègue ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10

0 : certainement pas · 10 : certainement

Ce qui vous a le plus servi pendant cette formation

Ce que vous auriez souhaité voir traité davantage

Vos suggestions pour améliorer cette formation

Fait le	Signature du participant

Les réponses sont utilisées pour améliorer les prestations et sont conservées par l’organisme de formation. Vous pouvez demander l’accès à vos réponses, leur rectification ou leur suppression auprès de l’organisme.

Organisme de formation : ……

Déclaration d'activité n° ……

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION À FROID

À remplir …… après la fin de la formation

Action de formation
Intitulé : …… Du ……/……/…… au ……/……/…… · Durée : …… heures Formateur : ……

Nom et prénom	Entreprise ou financeur	Date de réponse

Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation aujourd'hui. Ce questionnaire mesure ce que la formation a réellement changé dans votre travail.

Mise en pratique	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
J'ai mis en pratique ce que j'ai appris pendant la formation	☐	☐	☐	☐
J'ai disposé des moyens nécessaires pour appliquer ces acquis	☐	☐	☐	☐
Mon environnement de travail a facilité cette mise en pratique	☐	☐	☐	☐

Effets sur le travail	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
La formation a modifié ma façon de travailler	☐	☐	☐	☐
Les effets de la formation sont visibles sur mes résultats	☐	☐	☐	☐
Les acquis de la formation sont toujours utilisés aujourd'hui	☐	☐	☐	☐
La formation a contribué à faire évoluer mon poste ou mes missions	☐	☐	☐	☐

Recul sur la prestation	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avec le recul, le contenu était bien dimensionné pour mon besoin	☐	☐	☐	☐
Je saurais vers qui me tourner pour approfondir le sujet	☐	☐	☐	☐
L'organisme est resté joignable après la fin de la formation	☐	☐	☐	☐

Recommanderiez-vous aujourd'hui cette formation à un collègue ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10

0 : certainement pas · 10 : certainement

Ce que vous appliquez concrètement depuis la formation

Ce qui vous a empêché d'appliquer certains acquis

Les besoins de formation que vous identifiez aujourd'hui

Fait le	Signature du participant

Les réponses sont utilisées pour améliorer les prestations et sont conservées par l’organisme de formation. Vous pouvez demander l’accès à vos réponses, leur rectification ou leur suppression auprès de l’organisme.