EVALUATION DE LA FORMATION

Nom et Prénom du participant :	
Adresse mail :	
Catégorie de formation :	
Date:	
Agence de la formation :	
Nom du formateur principal :	

A – Indiquez la réponse qui correspond le plus à votre opinion sur les thèmes suivants :

Vous êtes sur les thèmes suivants :	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
ACCUEIL ET ORGANISATION DE LA FORMATION				
Accueil en agence	❑	❑	❑	❑
Fournitures pédagogiques	❑	❑	❑	❑
Propreté des locaux d'accueil	❑	❑	❑	❑
Disponibilité de l'accueil	❑	❑	❑	❑
Planification de la formation	❑	❑	❑	❑
PEDAGOGIE ET ANIMATION				
Qualité des cours théoriques	❑	❑	❑	❑
Qualité des cours pratiques	❑	❑	❑	❑
Pédagogie de l'enseignant	❑	❑	❑	❑
Communication entre l'enseignant et les élèves	❑	❑	❑	❑
Respect de la durée des leçons	❑	❑	❑	❑
L'enseignant détermine-t-il toujours un objectif en début de leçon?	❑	❑	❑	❑
L'enseignant fait-il toujours un bilan à la fin de la leçon?	❑	❑	❑	❑
Propreté des véhicules	❑	❑	❑	❑
SATISFACTION GLOBALE				
Cette formation est globalement	❑	❑	❑	❑
Rapport qualité/prix	❑	❑	❑	❑
Recommanderiez-vous notre école de conduite ?	Oui ❑		Non ❑	

Avez-vous d'autres besoin en formations ?

Vos remarques :