



**QUESTIONNAIRE
DE SATISFACTION DE LA FORMATION A DESTINATION DU
PRESCRIPTEUR**

Ce questionnaire de satisfaction nous permet de connaître votre avis et vos suggestions concernant la formation préparatoire à l'examen du permis de conduire que vous avez prescrite ou financée.

Entreprise : _____

Interlocuteur : _____

Stagiaire : _____

Dates de formation : _____

Qualité de l'information et de la formation

Items		Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Accueil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'offre de formation	Procédé d'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Horaire des cours théoriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Proposition détaillée et chiffrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens pédagogiques mis à la disposition de l'élève	Disponibilités des moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyens adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité des équipes	Disponibilités des enseignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilité du responsable pédagogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilité du responsable des relations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse à vos attentes	Respect de l'intégralité du parcours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Progressivité de l'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mise en pratique par l'élève des compétences acquises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Formation en adéquation avec vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compte-rendus de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Évaluation globale de la formation

Globalement, avez-vous apprécié la qualité de la formation dispensée ?

Merci d'entourer un chiffre de 0 à 10

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Pas du tout Beaucoup

Quels éléments ou sujets seraient à perfectionner ?

N'hésitez pas à nous faire part de vos suggestions :
