|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formation à la catégorie B du permis de conduire**  **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 |  |  | | |  |  |  | |
| **Offre de formation** | | | | | | | | |
| Facilité d’accès à l’offre de formation |  |  | | |  |  |  | |
| Facilité d’inscription |  |  | | |  |  |  | |
| Qualité des informations transmises avant la formation |  |  | | |  |  |  | |
| **Objectifs de la formation** | | | | | | | | |
| Objectifs de la formation clairement définis en début d’intervention |  | | |  |  |  |  | |
| Objectifs adaptés à vos besoins |  | | |  |  |  |  | |
| **Organisation de la formation** | | | | | | | | |
| Moyens mis à disposition |  | | |  |  |  |  | |
| Rythme de la formation |  | | |  |  |  |  | |
| Durée de la formation |  | | |  |  |  |  | |
| La maitrise du sujet traité par le(s) formateurs et/ou Intervenant(s) |  | | |  |  |  |  | |
| Qualités pédagogiques du/des formateurs |  | | |  |  |  |  | |
| Les moyens pédagogiques employés |  | | |  |  |  |  | |
| **Notez sur une échelle de 1 à 10 votre satisfaction globale pour cette formation (1 note la plus basse, 10 note la plus haute)**  **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** | | | | | | | |
| **Si vous deviez résumer les principaux apports, mots clés de cette formation, vous diriez ?** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Commentaires libres** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |