

Date
------

## EVALUATION DE FORMATION GSU NIV:

### DATES:

(Période:      )

COVID)

Questionnaire - Cocher la case suivant votre  
ressenti

	OUI Totalement	OUI En partie	Insufisant	NON Pas du tout
1 La durée de la formation vous a-t-elle paru satisfaisante .				
2 Les méthodes pédagogiques utilisées Vous ont-elles satisfait ?				
3 Qualité de l'animation				
4 les formateurs ont-ils été à votre écoute ?				
5 Est-ce-que la Formation a répondu à vos attentes ?				
6 Cette formation vous a-t-elle permis d'atteindre vos objectifs ?				

**Appréciations globales :**

**Si vous aviez 2 points positifs**

-  
-

**Si vous aviez 2 points à améliorer**

-  
-