



Centre d'Enseignement
des Soins d'Urgence

CHU
CAEN NORMANDIE

V03 20/04/2023 MMCLPANL

Noms Formateurs
(sur première
feuille du groupe)

J1
J2
J3

Date

EVALUATION DE FORMATION GSU NIV: DATES:

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 de reactualiser vos connaissances?				

Appréciations globales :

Si vous aviez 2 points positifs

-
-

Si vous aviez 2 points à améliorer

-
-