



## **EVALUATION DE VOTRE SATISFACTION**

**NOM DE LA STRUCTURE:**

**Prénom et nom du contact responsable de la mise en place de la formation:**

**Prénom et nom du contact coordinateur si différent de ci-dessus:**

**Thème(s) de la ou des formation(s) réalisée(s):**

**Date(s) et lieu(x) de réalisation:**

**. OLCF a-t-il été à l'écoute de vos besoins ?**

OUI	
NON	
En partie	

**. Les propositions d'OLCF ont-elles répondu à vos attentes ?**

OUI	
NON	
En partie	

**. Votre demande (RDV, devis) a-t-elle été traité rapidement ?**

OUI	
NON	

**. Les supports d'informations étaient-ils clairs et complets ?**  
(catalogue, fiche pédagogique, déroulé de la formation)

OUI	
NON	
En partie	

**. Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?**

OUI	
NON	
En partie	

**. La convention était-elle claire ?**

OUI	
NON	
En partie	

**. Avez-vous des remarques, des suggestions ou des réclamations concernant le travail réalisé et les documents fournis avant la réalisation de la formation ?**

**. Comment avez-vous trouvé :**

. L'organisation (dates, horaires, délais...)

EXCELLENTE	
BONNE	
MOYENNE	
MAUVAISE	

. Les documents de retours  
(émargements, évaluations, bilan, attestation)

EXCELLENTS	
BONS	
MOYENS	
MAUVAIS	

. Le rapport qualité/tarif

EXCELLENT	
BON	
MOYEN	
MAUVAIS	

. La prestation d'une manière générale

EXCELLENTE	
BONNE	
MOYENNE	
MAUVAISE	

**Avez-vous des remarques, des suggestions ou des réclamations concernant l'animation de la formation, les documents remis aux stagiaires ou d'autres points durant ou après la formation ?**