



ÉVALUATION DE LA FORMATION

Intitulé de la formation :

Date :

Nom :

Prénom :

Cabinet ou Clinique Vétérinaire :

Adresse :

C.P. :

Ville :

1 : PAS DU TOUT	2 : UN PEU	3 : PLUTÔT	4 : COMPLÈTEMENT	1	2	3	4
Les objectifs de la formation étaient clairs							
Les objectifs de la formation répondaient à mes préoccupations							
moyens pédagogiques et techniques étaient adaptés							
La qualité du support de formation était satisfaisante							
Les compétences techniques et d'animation du formateur étaient satisfaisants							
Les modalités d'évaluation (QCM proposés) sont adaptés							
Globalement, jugez-vous la formation satisfaisante ?							

Commentaires et suggestions :