



**ATIPIC, 26 rue de l'Inondation**  
**76400 FECAMP**  
**Siret : 809 830 524 00025 – APE : 8559B**  
**[Atipic-contact@orange.fr](mailto:Atipic-contact@orange.fr)**  
**Téléphone : 33.670010932**  
**Déclaration d'Existence : 28760675076**

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>ENTREPRISE :</b>	<b>Organisme : ATIPIC</b> <b>Date de début de formation :</b> <b>Date de fin de formation :</b> <b>Durée de la formation :</b>	<b>Lieu :</b>
--	---	---------------

**EVALUATION DE FORMATION A REMPLIR A LA FIN DE LA FORMATION**

<b>DECRIEZ CE QUE VOUS PENSEZ QUE CETTE FORMATION VOUS APPORTERA</b>

<b>AVIS SUR LA FORMATION REALISEE</b>				
<b>Qu'avez-vous pensé</b>	<b>Inadapté</b>	<b>Plutôt insatisfaisant</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Très satisfaisant</b>
Du niveau global de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son adéquation avec les objectifs initialement fixés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'apport immédiat pour votre poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des qualités pédagogiques de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre niveau par rapport à celui du groupe (formation à domicile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des supports de formation transmis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation matérielle et des conditions d'accueil (formation à domicile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des commentaires complémentaires :				

Date:

Signature du salarié :



**ATIPIC, 26 rue de l'Inondation**  
**76400 FECAMP**  
**Siret : 809 830 524 00025 – APE : 8559B**  
[Atipic-contact@orange.fr](mailto:Atipic-contact@orange.fr)  
**Téléphone : 33.670010932**  
**Déclaration d'Existence : 28760675076**

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Service :</b>	<b>Organisme ATIPIC</b>	<b>Lieu :</b>
	<b>Date de début de formation :</b>	
	<b>Date de fin de formation :</b>	
	<b>Durée de la formation :           heures</b>	

**EVALUATION A REMPLIR A FROID**

AVIS SUR LA FORMATION REALISEE				
Votre collaborateur avait-il besoin de suivre cette formation pour acquérir de nouvelles compétences ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
La formation choisie semblait-elle répondre à son besoin ?	<input type="checkbox"/> Oui, parfaitement	<input type="checkbox"/> Oui, partiellement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ?				
Qui était à l'initiative de cette formation ?	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Votre collaborateur	<input type="checkbox"/> Vous et votre collaborateur	
Depuis la fin de sa formation, a-t-il pu mettre en pratique les connaissances acquises ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui partiellement	<input type="checkbox"/> Non	
Si « oui » ou « oui partiellement », à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/> Régulièrement	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <sup>2</sup>		
Si « oui partiellement » ou « non », pourquoi ?				
Selon vous, qu'est ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de sa formation ?	<input type="checkbox"/> Disposer de plus de temps de mise en pratique	<input type="checkbox"/> Etre guidé par vous ou un collègue	<input type="checkbox"/> Autre	
A l'issue de sa formation, avez-vous eu un entretien avec votre collaborateur pour faire le point sur l'apport de sa formation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Remarques/Observations du collaborateur				
Au regard de l'objectif visé, le résultat est-il atteint ?	<input type="checkbox"/> En totalité	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Non	

Date:

Signature du manager: