



Votre/vos établissement(s) :	
Votre nom :	
Votre fonction :	
Votre courriel :	

Précisez la population visée par les actions de formation.

- Pilotes du dispositif
- Personnel administratif
- Personnel éducatif
- Personnel médical et ou paramédical
- Autre : _____

Précisez l'orientation des actions de formation.

- Module social
- Module administratif
- Module médical
- Module comptable
- Autre : _____

Vos collaborateurs avaient-ils besoin de ces formations pour acquérir de nouvelles compétences.

- Oui
- Non
- Autre : _____

Les formations semblaient-elles répondre à leurs besoins ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

Avez-vous constaté des écarts entre les compétences attendues et les compétences acquises ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

Les formations ont-elles permis à vos collaborateurs d'atteindre les objectifs fixés ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

Depuis la fin des formations, vos collaborateurs ont-ils pu mettre en pratique les connaissances acquises ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

Si la mise en pratique n'a pas pu se faire, selon vous, qu'est ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de ces formations ?

- Votre réponse : _____

Les actions de formation suivies par vos collaborateurs ont-elles eu un impact sur l'activité de votre structure ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

Précisez les différents impacts sur l'activité de votre structure

- Votre réponse : _____

Vos commentaires : _____
