Evaluation de la formation – Questionnaire d’impact entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise |  |
| Nom et prénom du stagiaire |  |
| Intitulé de la formation |  |
| Dates de la formation |  |
| Formateur |  |
| Nom et prénom du responsable |  |
| Fonction du responsable |  |

# Bonjour,

# Suite à la formation à laquelle votre salarié a participé, nous souhaiterions recueillir votre avis afin de connaître l’impact de cette formation.

# Ce questionnaire comporte une série de questions auxquelles nous vous demandons de bien vouloir répondre. Nous comptons beaucoup sur vos remarques et suggestions pour améliorer la qualité de nos futures actions de formations.

1. **Pour chacune des propositions suivantes merci de cocher la case qui correspond à votre opinion**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qui était à l’initiative de cette formation ? |  Vous-même |  Votre collaborateur |  Volonté commune | Autres :   |
| Votre collaborateur avait-il besoin de suivre cette formation pour acquérir ou renforcer ses compétences ? |  Oui, tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non  | Non, pas du tout  |  Je ne sais pas |
| La façon de travailler de votre collaborateur s’est-elle modifiée à l’issue de la formation ?  |  Oui, tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non  | Non, pas du tout  |  Je ne sais pas |
| Selon vous, qu’est ce qui pourrait encore améliorer la mise en pratique de sa formation ? |  Disposer de plus de temps de mise en pratique | Disposer d'outils adaptés |  Etre accompagné par vous ou un collègue |  Etre guidé par vous ou un collègue |  Autre |
| Selon vous, la formation suivie par votre collaborateur a-t-elle eu une incidence positive sur le travail d'équipe ? |  Oui, tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non  | Non, pas du tout  | Formation sans lien avec le travail d'équipe |
| Diriez-vous que cette formation a contribué à maintenir votre collaborateur dans son emploi ? |  Oui, tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non  | Non, pas du tout  |  Je ne sais pas |
| Au regard de l’objectif visé, le résultat est-il atteint ? |  Oui, tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non  | Non, pas du tout  |  Je ne sais pas |

1. **Depuis la fin de sa formation, votre collaborateur a t-il pu mettre en pratique les compétences** **acquises ?**
* Oui tout à fait
* Plutôt oui
* Plutôt non
* Non, pas du tout
* Nsp

 **Si « oui tout à fait » ou « oui plutôt », à quelle fréquence ?**

* Très régulièrement
* Régulièrement
* Occasionnellement
* NSP

 **Si « plutôt non » ou « non pas du tout », quelles en sont les raisons ?**

* Sa maîtrise insuffisante des compétences
* Son manque de pratique
* Sa préférence pour les méthodes utilisées antérieurement
* Des priorités différentes choisies
* Un contexte défavorable
* Il ne dispose pas encore des outils adaptés
* Autre, précisez :
1. **Quelles remarques ou suggestions, pourriez vous faire pour nous aider à améliorer notre formation ?**
2. **Pour continuer à progresser, vous souhaiteriez que votre collaborateur puisse bénéficier :**

❑ D’un accompagnement individualisé sur son lieu de travail.

❑ D’une journée de formation complémentaire dans quelques mois (piqûre de rappel).

❑ D’un approfondissement sur un des sujets abordés. Précisez lequel :

❑ D’une formation sur d’autres thèmes. Précisez lesquels :

**Nous vous remercions pour votre participation et nous espérons pouvoir vous rencontrer prochainement pour vous transmettre les résultats des évaluations liées à cette formation.**

**Si vous souhaitez des informations complémentaires,**

**vous pouvez contacter Mme\_\_\_\_\_\_\_\_ au 06 06 06 00 00**