Groupe
CAPITOLE

GROUPE CAPITOLE – COURS DE FRANCE

Bonjour,

Vous suivez actuellement une formation dans nos locaux. Nous serions heureux de recueillir votre sentiment sur la prestation proposée. Merci de renseigner ci-dessous le nom de votre professeur ainsi que la formation que vous suivez et de cocher ce qui vous correspond.

Nom & prénom : .....

Professeur : ..... Formation suivie : .....

Concernant l'accueil, vous êtes :

☐ Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait

Concernant le formateur/la formatrice, vous êtes :

☐ Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait

Concernant le contenu de votre formation, vous êtes :

☐ Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait

Concernant les moyens utilisés pour la formation, vous êtes :

☐ Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait

Merci beaucoup pour votre participation, nous mettons tout en œuvre pour que votre formation se passe dans les meilleures conditions possibles et ces retours contribuent à l'amélioration continue de nos prestations.

SIGNATURE