

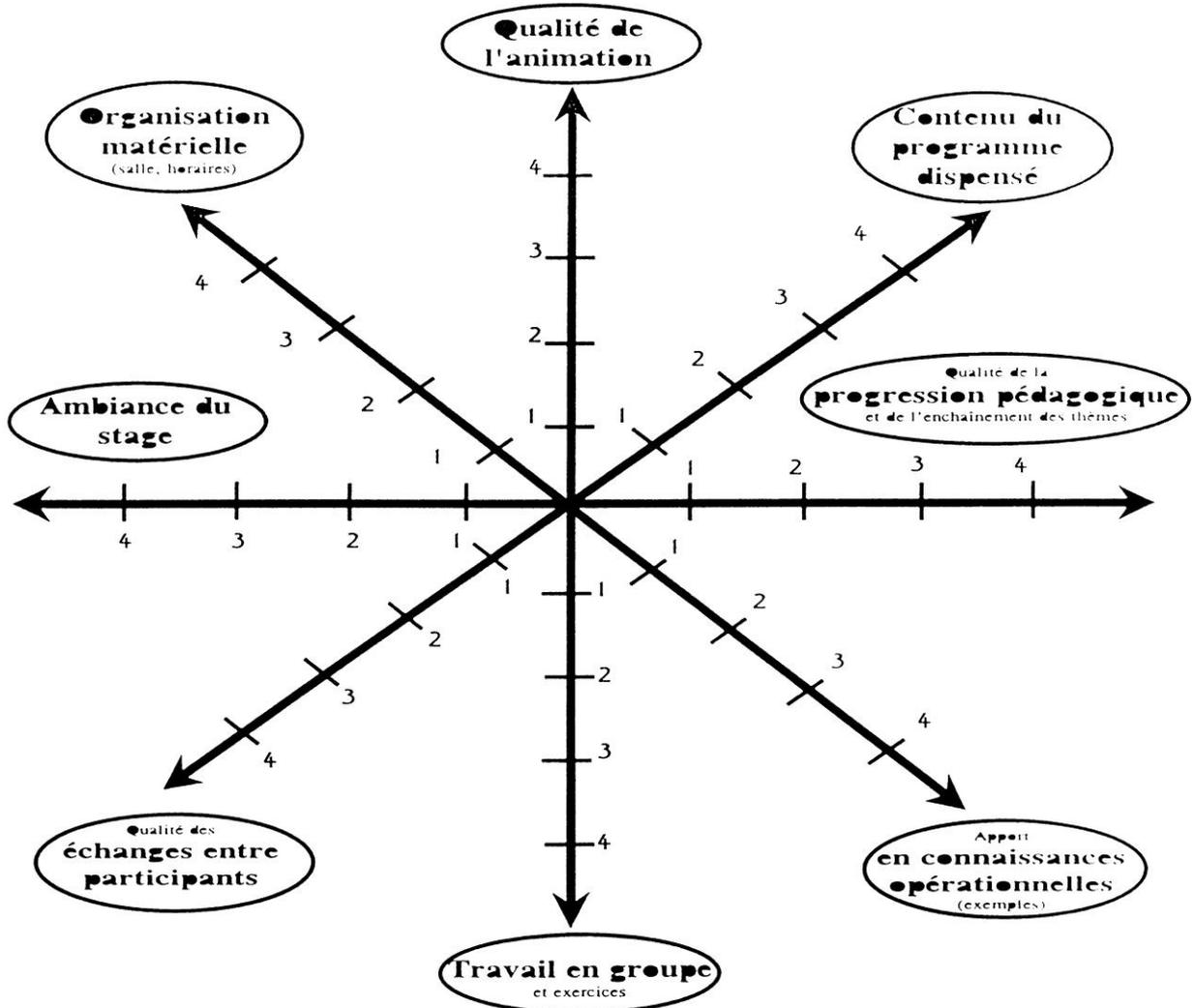
FORMATION :

INTERVENANT :

DATE :

NOMBRE DE PARTICIPANTS :

PARTICIPANT :



NOTATION 4 : Très bien

3 : Bien

2 : Moyen

1 : Passable

Dans l'ensemble, comment avez-vous apprécié la formation ?

Très satisfaisant



Satisfaisant



Insuffisant



Très insuffisant



Observations éventuelles :

---



---