

Questionnaire de Satisfaction Client

Modèle à utiliser obligatoirement et à reproduire

Référence de l'action

Nom de l'organisme de formation

Intitulé de la formation

Période de réalisation du : __/__/____ au __/__/____

Nombre de stagiaires formés Durée en jours Durée en heures

Noms des intervenants

.....

Est-ce votre première action de formation avec cet organisme ? oui non

Offre d'action de formation

	Mauvais	Insuffisant	Assez bon	Bon
Pertinence de la réponse à vos besoins				

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

Relations avec l'organisme de formation

	Mauvais	Insuffisant	Assez bon	Bon
Qualité des échanges (tél, entretiens...)				
Qualité des documents reçus				
Respect des engagements pris				

Commentaires :

.....

.....

.....

Questionnaire de Satisfaction Client - suite

Déroulement de l'action de formation

	Mauvais	Insuffisant	Assez bon	Bon
Animation et rythme de l'action				
Contenu, moyens et supports pédagogiques utilisés				
Mode d'évaluation				

Commentaires :

.....
.....
.....
.....

Commentaires généraux de l'entreprise

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom complet de l'entreprise cliente :

Adresse :

N° Siret : Registre du commerce :

Nom, Fonction, tel. du signataire :

.....
.....
.....
.....

Cachet, Date, Signature