



Titre de la formation dispensée par les professionnels du CRA :

.....

En date du :

Lieu de l'intervention

Questionnaire de satisfaction

- Pourquoi vous-êtes vous inscrit à cette formation :

.....

.....

- Pensez-vous que cette journée a répondu à vos attentes ?

Oui

Non

Pourquoi ?

- Les objectifs et le programme annoncés ont-ils été respectés ?

Oui

Non

Pourquoi ?

- Qualité des interventions :

Satisfaisante

Assez satisfaisante

Insatisfaisante

Pourquoi ?

- Qualité des méthodes pédagogiques :

Vous paraissent-elles :

Adaptées

Non adaptées

Pourquoi ?

- Organisation matérielle :

Satisfaisante

Assez satisfaisante

Insatisfaisante

Pourquoi ?

- Comment allez-vous utiliser ces acquis dans votre pratique professionnelle ?

.....

.....

.....

- Remarques,

suggestions.....

.....

Si non restitution de ce questionnaire ce jour, merci de nous le renvoyer au :
CRA – Service de Pédopsychiatrie, CHRU Bretonneau – 37044 TOURS CEDEX 9