

## Formation à la catégorie .... du permis de conduire

Date :

Nom prénom (facultatif) :

<b>Notation</b> : faire une croix dans le carré qui correspond à votre évaluation et noter les mots clés qui expliquent votre perception dans la partie « commentaires »					
	très insuffisant	insuffisant	satisfaisant	très satisfaisant	Commentaires
<b>Dispositif d'accueil</b>					
Horaires et facilités d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Offre de formation</b>					
Facilité d'accès à l'offre de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facilité d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualité des informations transmises avant la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Objectifs de la formation</b>					
Objectifs de la formation clairement définis en début d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Objectifs adaptés à vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Organisation de la formation</b>					
Moyens mis à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maîtrise du sujet traité par le(s) formateurs et/ou Intervenant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualités pédagogiques du/des formateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les moyens pédagogiques employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Notez sur une échelle de 1 à 10 votre satisfaction globale pour cette formation (1 note la plus basse 10 note la plus haute)**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Si vous deviez résumer les principaux apports, mots clés de cette formation, vous diriez ?**

**raison sociale : SAS SAB**

**Siret : 831424536**

Adresse mail : [portroyal.ae85@gmail.com](mailto:portroyal.ae85@gmail.com)

**Téléphone : 09.83.61.45.08**

**Agrément Préfectoral : E1707500350**

**Numéro de formation professionnelle : 11755777675**

**Code NAF : 85532**

### Commentaires libres