1. **Nom de la formation** : ANIMATION MILIEU DE VIE (COVID-19) 2**. Ville de la formation** : EN LIGNE

3**. Date de la formation** : 4. **Nom du formateur** :

5. **Votre nom (facultatif)** :

6. **Pour chaque affirmation, cochez la case qui correspond à votre avis**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tout à fait d'accord** | **Plutôt d'accord** | **Plutôt en désaccord** | **Tout à fait en désaccord** | **s. o.** |
| Les objectifs ont été clairement annoncés. |  |  |  |  |  |
| Le contenu était conforme à mes attentes. |  |  |  |  |  |
| Le contenu était adapté aux réalités du travail en RI. |  |  |  |  |  |
| Les documents utilisés ont facilité mon apprentissage  (vidéos, documents papiers...). |  |  |  |  |  |
| La méthodologie utilisée a facilité mon apprentissage. |  |  |  |  |  |
| Le formateur maîtrisait le sujet. |  |  |  |  |  |
| Le formateur a suscité mon intérêt. |  |  |  |  |  |
| Le formateur était disponible pour répondre aux questions des participants. |  |  |  |  |  |
| Le rythme était adéquat. |  |  |  |  |  |
| La durée de la formation était adéquate. |  |  |  |  |  |
| Le local était adéquat. |  |  |  |  |  |
| L'équipement audiovisuel était adéquat. |  |  |  |  |  |
| Je vais utiliser mes nouvelles connaissances/habiletés dans ma pratique professionnelle. |  |  |  |  |  |

7. **Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de cette formation?** Notez entre 0 à 10 (0 = pas satisfait et 10 = très satisfait)

8. **Commentaires, remarques, suggestions.**