

## ORGANISME FINANCEUR

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>VOTRE ORGANISME</b>           |  |
| <b>Thème de la formation :</b>   |  |
| <b>Date(s) de la formation :</b> |  |
| <b>Lieu de la formation :</b>    |  |
| <b>Nom de l'entreprise :</b>     |  |
| <b>Nom du participant :</b>      |  |

A – Indiquez la réponse qui correspond le plus à votre opinion sur les thèmes suivants :

| Vous êtes sur les thèmes suivants :                     | Très satisfait               | Satisfait                | Insatisfait                  | Très insatisfait         |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| LA FORMATION                                            |                              |                          |                              |                          |
| Délai entre votre demande et notre retour               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Accueil téléphonique ou physique                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Echanges téléphoniques ou courriels                     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Qualité des documents administratifs et financiers      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Délai de traitement du dossier                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| A L'ISSUE DE LA FORMATION                               |                              |                          |                              |                          |
| Délai de clôture de dossier                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| SATISFACTION GLOBALE                                    |                              |                          |                              |                          |
| Le dossier a-t-il subi des non-conformités ?            | Oui <input type="checkbox"/> |                          | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| Le dossier a-t-il nécessité une ou plusieurs relances ? | Oui <input type="checkbox"/> |                          | Non <input type="checkbox"/> |                          |
| Recommanderiez-vous notre organisme de formation ?      | Oui <input type="checkbox"/> |                          | Non <input type="checkbox"/> |                          |

Vos remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et fonction du signataire : .....