

VOS ATTENTES QUANT A L'APPORT DES FORMATIONS SOUHAITEES

Nous vous remercions de bien vouloir retourner ce questionnaire, par mail : cjmmediation@yahoo.com.
 Vos réponses nous permettront d'être au plus près de vos attentes et d'adapter nos actions de formation à votre structure et à vos collaborateurs.

Votre nom :

ORGANISME :

Service(s) :

Formations souhaitées : Formation de base à la Médiation Formation continue Analyse des pratiques

Dates envisagées de la formation :

Si vous avez déjà identifié les personnes susceptibles de suivre cette formation à la médiation et à la négociation, merci de nous indiquer leurs noms et prénom :

- 1 - 2 - 3 -
 4 - 5 - 6 -
 7 - 8 - 9 -
 10 - 11 - 12 -

QUESTIONS	REPONSES
1 - Informations sur l'organisme CETIJ	
1a- Qui est à l'initiative de cette formation ?	<input type="checkbox"/> Vous-mêmes <input type="checkbox"/> Vos collaborateurs <input type="checkbox"/> Les deux
1b - Quels services sont concernés ?	
2 - Informations concernant le projet de changement souhaité	
- 2a - Dans quel(s) projet(s) à court, moyen, long terme, s'inscrit cette formation?	
2b - Besoins particuliers / Objectifs	
- 2d - Dans quels buts vos collaborateurs ont-ils besoin de suivre cette formation ?	
2e- En quoi la formation choisie peut-elle répondre à leurs besoins ?	
3 - informations concernant vos objectifs	
- 3a - La formation doit cibler quels besoins spécifiques dans l'organisme ?	- <input type="checkbox"/> développer l'esprit d'équipe - <input type="checkbox"/> Diminuer l'absentéisme <input type="checkbox"/> se sentir investi dans l'organisme - <input type="checkbox"/> satisfaction de la clientèle



QUESTIONS	REponses			
- 3b - La formation doit avoir lieu à quel moment ?	- <input type="checkbox"/> dans les mois qui suivent	- <input type="checkbox"/> sur combien de jours ?	- <input type="checkbox"/> sur quels jours de la semaine ?	- <input type="checkbox"/> pendant quelles heures... ?
- 3c - En quel lieu ?				
- 3d - Quelles sont les informations et données qui permettront à notre organisation pédagogique de répondre à vos attentes et de prendre en compte vos contraintes ?				
- 3e - Le niveau de formation doit être adapté à quel niveau d'instruction?	- <input type="checkbox"/> Brevet	- <input type="checkbox"/> Baccalauréat	- <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> connaissance d'un domaine, d'un secteur particulier dans l'organisme...
- 3f - Certains de vos collaborateurs, suivant cette formation, sont-ils en situation de handicap (PSH, RQTH) ?	NON	OUI	Quelles situations ?	
4 - Quelles suites entendez-vous donner à cette formation ?				
- 4a - Des missions précises pourront être confiées à nos collaborateurs après cette formation ?				
- 4b - Les points abordés en formation auront-ils un lien avec les missions dans et/ou hors de l'organisme ?				
- 4c - Auront-ils la possibilité de mettre en pratique dans leur service les connaissances acquises lors de leur formation ?	OUI	PARTIELLEMENT	NON	
- 4d - Si oui, à quelle fréquence ?	Régulièrement	Occasionnellement	NON	



QUESTIONS	REPOSES			
- 4e - Si «partiellement » ou « non », à quoi cela est-il du ? (plusieurs réponses sont possibles, cochez la (ou les) case(s) correspondante(s)) :				
-> L'opportunité peut ne pas se présenter :				
-> L'opportunité ne s'est pas encore présentée, mais elle est possible				
- 4f - Les collaborateurs pourront-ils changer de fonction ensuite de cette formation ?	OUI	NON	Peut-être	
- 4g - Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser la mise en pratique de leur formation dans le cadre de l'organisme ?	- <input type="checkbox"/> disposer de plus de temps de mise en pratique	- <input type="checkbox"/> être guidé par vous ou un collègue	- <input type="checkbox"/> disposer d'un tuteur dans l'entreprise	- <input type="checkbox"/> Autres :
5 - Votre satisfaction?				
- 5a - Si je reviens vous voir quelques mois après la fin de la formation, qu'est-ce qui vous fera dire que celle-ci est un succès ?				
- 5b - À quoi le verrez-vous ?				
6 - Notre méthodologie				
- 6a - Vous semble-t-elle efficace ?	Interlocuteur identifié	- <input type="checkbox"/> rapidité et pertinence des propositions	- <input type="checkbox"/> qualité des contacts	- <input type="checkbox"/> Autres :
- 6b - Nos informations sont-elles suffisamment claires ?	OUI	PARTIELLEMENT	NON	

Fait à _____, le _____

Signature du Responsable Formation