Informations sur l’activité de formation

Titre :

Date :

Lieu :

Fournisseur :

Participant

Nom :

Fonction :

Nombre d’années d’expérience dans des fonctions liées à la sécurité civile :

Atteinte des objectifs

Quels étaient vos objectifs en vous inscrivant à cette activité de formation?

Cette activité de formation vous a-t-elle permis d’atteindre ces objectifs? Oui[ ]  Non[ ]

Commentaires :

Évaluation globale

Dans l’ensemble, êtes-vous satisfait de cette activité de formation? Oui[ ]  Non[ ]

Vous a-t-elle permis d’accroître vos compétences? Oui[ ]  Non[ ]

La recommanderiez-vous? Oui☐ Non☐

À la suite de votre participation à cette activité de formation, estimez-vous être en mesure d’assumer les tâches qui vous ont été confiées dans le plan de sécurité civile de la municipalité?

Le cas échéant, quelle(s) autre(s) activité(s) de formation vous serai(en)t utile(s) pour accomplir ces tâches?

Commentaires :