

à renseigner par chaque participant à la formation à rendre au responsable de la formation

Lieu de la formation :

Date de la formation :

Nom :

(facultatif)

Prénom :

(facultatif)

Contenu :

| Cette formation vous a-t-elle permis de : | non | Plutôt non | Plutôt oui | Oui | Si non ou plutôt non pourquoi ? |
|--|-----|------------|------------|-----|--|
| 1/ d'actualiser vos connaissances concernant la certification intraUE | | | | | |
| 2/ de mieux connaître les modalités pratiques de mise en œuvre : fonctionnement de TRACES NT, édition d'un certificat sanitaire, utilisation d'EXPADON... | | | | | |
| 3/ d'actualiser vos connaissances sur le rôle des vétérinaires certificateurs | | | | | |
| 4/ d'actualiser vos connaissances sur le rôle des différents acteurs | | | | | |

Ce dispositif de formation :

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 5/ correspondait-t-il à vos attentes ? | | | | | |
| 6/ était-il satisfaisant en termes d'accueil et de logistique ? | | | | | |
| 7/ la qualité des documents de formation et de la présentation est-elle satisfaisante ? | | | | | |

Appréciation relative à l'intervenant du ministère en charge de l'agriculture :

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Sur le fond (contenu adapté, données, niveau...) | | | | | |
| Sur la forme (expression orale, qualité des échanges,...) | | | | | |

Remarques libres / Propositions d'amélioration

| |
|--|
| |
|--|