C.R.E.S.P.
Cellule de Recherche En Soin Paramédical et Prévention Santé
Centre Hospitalier Manhès 91700 Fleury-Mérogis

Nom du Projet :_____

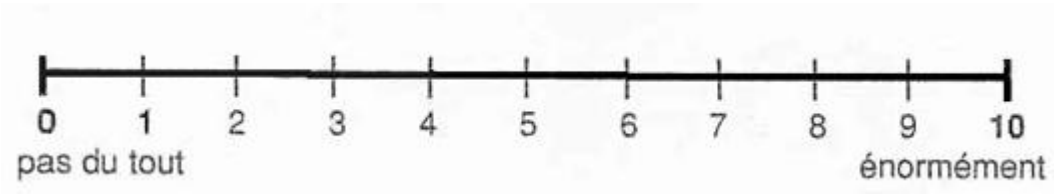
Questionnaire de satisfaction et d'évaluation :

Titre Atelier : **Lieu :** **Date :**

1. **Cet atelier a–t-il répondu à vos attentes ?**

☐ Pas du tout ☐ Partiellement ☐ En grande partie ☐ Tout à fait

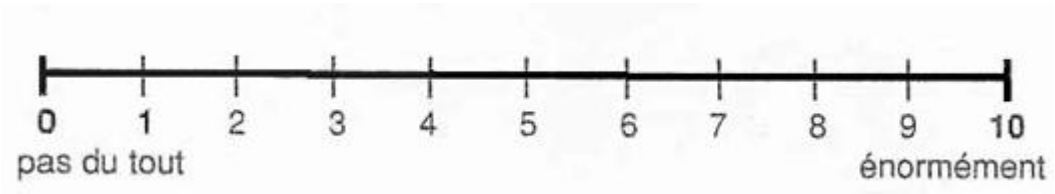
2. **Cet atelier vous a-t-il été utile ?**



3. **Cet atelier vous a-t-il semblé?**

☐ Trop court ☐ D'une durée adaptée ☐ Trop long

4. **Les messages transmis vous paraissent simples à appliquer ? :**



5. **Etiez-vous présent à d'autres ateliers :** ☐ oui ☐ non

Lesquels :……

……

……