

ANNEXE 1 RELATIVE A LA FORMATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Document à compléter par chaque participant

Nom de l'établissement :

Date de la Formation:

NOM – Prénom du participant :

Fonction du participant dans l'établissement:

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA FORMATION A LA PREVENTION

I – Qu'attendiez-vous de cette formation à la prévention bucco-dentaire ?

II – Que pensez-vous ... très bon Bon moyen médiocre à revoir

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - De l'organisation matérielle: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des Supports pédagogiques: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Du contenu: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III - Cette formation a-t-Elle répondu à vos attentes oui non

IV- Vous parait Il possible d'appliquer les recommandations sur le terrain oui non
Si non, pour quelle(s) raison(s)?

VI – Donnez votre impression générale sur la formation :

Signature :