|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et Nom |  |
| Poste/ Responsabilité |  |
| Organisation |  |
| Tel: |  | Fax: |  | Email: |  |
| **Etes-vous membre de SENEVAL ?** | **Oui 🗆 Non🗆** | **Si non, souhaiteriez-vous y adhérer ?** | **Oui**🗆 Non 🗆 |
| **Quels sont vos attentes de l’atelier ?** |
| **Avez-vous assisté aux ateliersde formation organisés par SenEval?** | **Si oui, lesquels ?** |
| **Avez-vous suivi d’autres ateliers de formations en évaluation au cours des deux dernières années ?** | **Si oui, lesquels ?** |
| **Quels thèmes souhaiteriez-vous que le Comité de Formation de SenEvalpuisse déroulerdans l’avenir ?** |  |
| **Autres commentaires:** |