

## ANKIETA DLA UCZESTNIKA PO KURSIE

data:.....

kurs:.....

imię i nazwisko:.....

### Tempo pracy:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo wolne

Bardzo szybkie

### Atmosfera na kursie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brak atmosfery nauki

Atmosfera intensywnej nauki

### Dobór metod pracy

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zbyteczne

Bardzo pomocne

### Realizacja zamierzonych celów:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brak realizacji

Realizacja wszystkich celów

### Przydatność szkolenia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nieprzydatne

Bardzo przydatne

### Spełnienie potrzeby ilości i jakości informacji na kursie:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Całkowicie niepotrzebne

Bardzo potrzebne

**Jak planujesz wykorzystać to szkolenie w późniejszej pracy?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Materiały i pomoce szkoleniowe:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nie użyteczne

Użyteczne

**Co podobało Ci się w szkoleniu?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Co było zbędne?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Czy poleciłbyś to szkolenie innym osobom? Jeśli tak, to jakim?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ogólna ocena szkolenia:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo złe

Świetne

**Wolne wnioski i uwagi:**

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis