

Zufriedenheit des Dozenten / der Dozentin

Kurs / Kurs-Nr. /	
Periode:	
Datum:	
Name:	

 *Trifft zu*  *Trifft nicht zu*

1. Insgesamt verlief die Veranstaltung gut.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

2. Die Erwartungen der Teilnehmenden stimmten mit den angebotenen Inhalten überein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

3. Die Zusammenarbeit mit der KEB-Geschäftsstelle, dem Bildungswerk bzw. der Familienbildungsstätte verlief gut.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

4. Der Veranstaltungsraum war angemessen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

5. Es wurde eine Weiterführung von den Teilnehmenden gewünscht.

Ja Nein

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

- 6.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anregungen, Bemerkungen, Kritik

7. Fortbildungswunsch/Weiteres
