

## Kursbewertung

Name | Vorname | \_\_\_\_\_

Kursdatum | \_\_\_\_\_

- Gruppe FachpsychotherapeutIn
- Gruppe FachberaterIn
- Gruppe FachberaterIn im Alter
- Gruppe Fachpädagogen
- Gruppe Vertiefungsseminare

Inhaltlich	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
DozentIn	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Kursunterlagen	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Organisation/Sekretariat	<input type="checkbox"/> nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut

Was kann verbessert werden? | \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Was nehmen Sie von diesem Kurs für Ihren Berufsalltag mit? | \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Datum | Unterschrift | \_\_\_\_\_