



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES CDD (Document mis en place Avril 2015)

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire de façon à contribuer à notre démarche qualité dans l'établissement.

Vos remarques et/ou commentaires doivent nous permettre d'améliorer la qualité d'accueil des agents en CDD au sein de notre EHPAD.

NOM, Prénom :

Période du au

SECTEUR OU SERVICE :

➔ **Etes-vous satisfait du suivi administratif de votre dossier** (prise de rendez-vous, contrat, information paye,) ?

oui non

Si NON, pourquoi :

.....

➔ **Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé :**

oui non

Si NON, pourquoi :

.....

- par les équipes : oui non

Si NON, pourquoi :

.....

→ Avez-vous reçu toutes les informations et tous les documents que vous souhaitiez ?

oui non

→ Est-ce que les transmissions des « Bonnes Pratiques Professionnelles » vous ont permis de consolider votre parcours professionnel ? (classeur disponible dans chaque relais de Soins)

oui non

Si NON, pourquoi :
.....

→ Votre statut d'agent en CDD a-t-il été respecté ?

oui non

Si NON, pourquoi :
.....

→ Les explications qui vous ont été données ont-elles été suffisamment claires ?

oui non

→ Le travail vous a-t-il intéressé ?

oui non

→ Garderez-vous un bon souvenir de cette expérience ?

oui non

Si NON, pourquoi :
.....

REMARQUES OU OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

Date :

Nom, prénom et signature :

***Ce document complété est à remettre sous pli à Mme MONGROLLE ou à
Mme DELAFOSSE***