

*A sua opinião é essencial para a melhoria dos nossos serviços. Obrigado pela participação!*

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**IDENTIFICAÇÃO DO CURSO**

NOME DA ESCOLA \_\_\_\_\_

Nome do Curso/Componente Curricular: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

**Sobre Você:**

Sexo: 1( ) Masculino 2( ) Feminino Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: 1.( ) Fundamental Incompleto 5.( ) Ensino Superior Incompleto  
 2.( ) Fundamental Completo 6.( ) Ensino Superior Completo  
 3.( ) Ensino Médio Incompleto 7.( ) Pós-graduação  
 4.( ) Ensino Médio Completo

Você é Comerciante? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não . Você já realizou algum curso nessa escola anteriormente? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não

| Avalie cada item abaixo conforme a sua satisfação: |  | Muito Satisfeito | Satisfeito | Regular | Insatisfeito | Muito Insatisfeito | Não utilizou |
|--|--|------------------|------------|---------|--------------|--------------------|--------------|
| INFRAESTRUTURA                                     | Equipamentos disponibilizados                            | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Mobiliários adequados                                    | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Serviços oferecidos e organização                        | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Coffee break   | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
| RECURSOS DIDÁTICOS                                 | Qualidade na apresentação visual dos materiais           | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Clareza  | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Conteúdo   | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
| CURSO  | Aplicabilidade dos Conhecimentos                         | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Tempo de duração do curso                                | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |
|  | Programas desenvolvidos com relação às suas expectativas | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                | ( )          |

NOME DO PROFESSOR: \_\_\_\_\_ NOME DA DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

| AVALIAÇÃO DOCENTE | Itens Avaliados   | Muito Satisfeito | Satisfeito | Regular | Insatisfeito | Muito Insatisfeito |
|-------------------|---|------------------|------------|---------|--------------|--------------------|
|                   | Metodologia de ensino (aula dinâmica, prática e objetiva)     | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Domínio dos conteúdos   | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Relacionamento com os estudantes                              | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Empenho no esclarecimento de problemas e dúvidas do estudante | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Realização dos objetivos propostos                            | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Postura Ética   | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Pontualidade  | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |
|                   | Assiduidade   | ( )              | ( )        | ( )     | ( )          | ( )                |

Sugestões/Comentários/ observação: Descrever também o que levou a sua avaliação como: Insatisfeito ou Muito Insatisfeito:

---



---



---



---

**Seus dados (preenchimento opcional):**

Nome \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_