

Veuillez renseigner en **lettres majuscules** les informations ci-dessous, merci.

Nom **COSSE**

Prénom **YVES**

Réf. Stagiaire **807913340**

Entreprise **LIP LES INTERIMAIRES PROFESSIONNELS**

Réf. Entreprise **507891506**

Code Stage **PSCH6D350003**

Nom de la personne ayant animé l'évaluation **L Moutaz Youssef**

Date **10/03/2026**

AUX 7 AFFIRMATIONS CI-DESSOUS VOUS RÉPONDEZ QUE VOUS ÊTES :

Tout à fait d'accord Assez d'accord Pas tout à fait d'accord* Pas du tout d'accord*

1 : Accueil : Vous êtes satisfait de l'accueil qui vous a été réservé lors de votre arrivée ou des informations disponibles pour vous accompagner lors de votre 1ère connexion :

2 : Animation : Les méthodes d'animation, les modalités (présentiel/distantiel) et les échanges vous ont paru adaptés aux objectifs :

3 : Supports : Les supports pédagogiques mis à disposition lors votre formation étaient adaptés aux sujets traités :

4 : Contenu : Le contenu de la formation a amélioré vos connaissances et vos compétences :

5 : Salles : Les installations (salles, locaux, ateliers, classes virtuelles, ...) ont permis le bon déroulement de la formation :

6 : Moyens : Les moyens techniques (véhicules, engins, pédagogiques, plateformes @, ...) utilisés pour la formation ont paru adaptés aux objectifs :

7 : Conseilleriez-vous à votre entourage de suivre une formation avec AFTRAL ?

(*) Vos remarques nous font progresser :

Si vous considérez être "pas tout à fait d'accord" ou "pas du tout d'accord", merci d'en préciser les raisons au verso de cette fiche ou d'adresser vos réclamations à : <http://reclamation.aftral.com>.

Si aucune réponse n'est donnée ou si plusieurs réponses sont données à l'une des affirmations, AFTRAL considère que vous êtes "tout à fait d'accord".

Cadre réservé - ne rien inscrire sous cette zone

PEG ESAT 1 XGE 00000001100285 99999 99999 02 00000000000000 PEG

1100285



AQ/5020 Rév.4
Page 1/2

VOTRE OPINION SUR L'ACTION DE FORMATION QUE VOUS VENEZ DE SUIVRE NOUS PERMETTRA D'AMÉLIORER NOS PRESTATIONS

Si vous considérez être "pas tout à fait d'accord" ou "pas du tout d'accord" avec l'une des affirmations précédentes, merci d'en préciser les raisons ci-dessous :

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

Points forts de cette action de formation

bon pharmacien
.....
.....

* Points faibles de cette action de formation

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

Pensez-vous que sa durée et/ou son rythme sont bien adaptés ? OUI NON

Si non, quelles modifications seraient souhaitables? :

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

Souhaiteriez-vous participer à d'autres formations ? OUI NON

Si oui, dans quels domaines ?

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

Vos autres observations, remarques et propositions :

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

.....