

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

Nom **KORKMAZ**

Prénom **Furkan** Réf. Stagiaire **803061456**

Entreprise **LES INTERIMAIRES PROFESSIONNELS - LIP**

Réf. Entreprise **500527030** Code Stage **PSCH606F0003**

Nom de la personne ayant animé l'évaluation **AMARY. THOMAS** Date **24/04/2026**

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*    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>1 : Accueil</b> : 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 : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2 : Animation</b> : Les méthodes d'animation, les modalités (présentiel/distantiel) et les échanges vous ont paru adaptés aux objectifs :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3 : Supports</b> : Les supports pédagogiques mis à disposition lors votre formation étaient adaptés aux sujets traités :                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4 : Contenu</b> : Le contenu de la formation a amélioré vos connaissances et vos compétences :                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5 : Salles</b> : Les installations (salles, locaux, ateliers, classes virtuelles, ...) ont permis le bon déroulement de la formation :                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6 : Moyens</b> : Les moyens techniques (véhicules, engins, pédagogiques, plateformes @, ...) utilisés pour la formation ont paru adaptés aux objectifs :                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7</b> : Conseilleriez-vous à votre entourage de suivre une formation avec AFTRAL ?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(\*) 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 000000001191394 99999 99999 02 00000000000000 PEG

1191394



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

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

\* 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 ?

*trop court*  
.....  
.....

Souhaiteriez-vous participer à d'autres formations ?

☒ OUI

☐ NON

Si oui, dans quels domaines ?

*Securité par rapport à son domaine*  
.....  
.....

Vos autres observations, remarques et propositions :

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

