

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

Nom **COPHEI**

Prénom **Emmanuel** Réf. Stagiaire **807961521**

Entreprise **LES INTERIMAIRES PROFESSIONNELS - TRANSPORT**

Réf. Entreprise **500274643** Code Stage **FCFN62850011**

Nom de la personne ayant animé l'évaluation Date **26/06/2026**

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

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 :

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

☐ ☐ ☐ ☒

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 00000001380832 99999 99999 02 00000000000000 PEG

1380832



**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

Tout se passe à l'heure

.....

.....

* Points faibles de cette action de formation

Programme c'était bien

.....

.....

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

☐ OUI ☐ NON

Si non, quelles modifications seraient souhaitables ?

Une semaine c'est un peu long

.....

.....

Souhaiteriez-vous participer à d'autres formations ?

☐ OUI ☒ NON

Si oui, dans quels domaines ?

.....

.....

.....

Vos autres observations, remarques et propositions :

C'était Super

.....

.....

.....