

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

Nom **LARACHI**

Prénom **Hocine** Réf. Stagiaire **802692102**

Entreprise **LIP VITROLLES TRANSPORT**

Réf. Entreprise **500499559** Code Stage **FCFN6220002J**

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

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 00000001298053 99999 99999 02 000000000000000 PEG

1298053



1 6 0 3 3 8 1 8 5 6 5 8 8



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 :

durer 3 jours

Points forts de cette action de formation

de la connaissance

\* Points faibles de cette action de formation

simulateurs peut-être

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 ?

A.P.R.

Vos autres observations, remarques et propositions :