

CERTIFICAT DE REALISATION

Je soussignée Madame SAS Nathalie,
Représentante du dispensateur de l'action concourant au développement des compétences
AFPI Région Dunkerquoise

atteste que :

Monsieur Florent GOUBEL
salarié(e) de l'entreprise **LIP CHAMBERY TERTIAIRE**
a suivi l'action **ANFAS Niveau 1**

Nature de l'action concourant au développement des compétences :

- ☒ action de formation
- ☐ bilan de compétences
- ☐ action de VAE
- ☐ action de formation par apprentissage

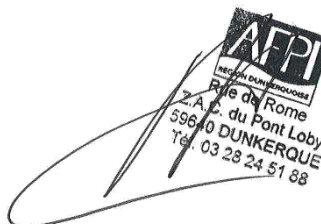
qui s'est déroulée du **24/08/2026** au **24/08/2026**
pour une durée de **07h00**.

AVIS DU FORMATEUR : FAVORABLE

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, je m'engage à conserver l'ensemble des pièces justificatives qui ont permis d'établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l'année du dernier paiement. En cas de cofinancement des fonds européens la durée de conservation est étendue.

Fait à Dunkerque
Le **27/08/2026**

Cachet et signature du responsable du dispensateur de formation
Mme SAS Nathalie, Responsable Administratif



AFPI
RÉGION DUNKERQUOISE
Rue de Rome
Z.A.C. du Pont Loby
59640 DUNKERQUE
Tél. 03 28 24 51 88

Evaluation de satisfaction

Appréciation sur l'apport des compétences visées

Date:
JUIN 2014

Référence : ES/FF/ARD/02

Révision : 01

Vous avez bien voulu nous confier votre (vos) collaborateur(s) et nous vous en remercions. Dans le cadre de notre amélioration continue, nous vous demandons de compléter le questionnaire ci-dessous et de nous le retourner par voie postale ou par mail à nsas@afpi-formation.com

Renseignements	
Entreprise	LIP CHAMBERY TERTIAIRE
Intitulé de la formation	ANFAS N1
Date(s) de la formation	Du 24/08/2026 au 24/08/2026

1. L'objectif de la formation a-t-il été atteint ?

☐ Oui

☐ Non, pourquoi ? _____

1. Depuis la fin de la formation, le (les) collaborateur(s) a-t-il (ont-ils) pu mettre en pratique les compétences acquises ?

☐ Oui

☐ Non, pourquoi ? _____

2. A l'issue de la formation, avez-vous eu un retour de votre (vos) collaborateur (s) ?

☐ Oui, lequel ? _____

☐ Non

3. Remarques / observations du (des) collaborateur(s)

4. Que pourriez-vous proposer pour améliorer notre service ?

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____

Adresse mail : _____

Nous vous invitons à intégrer la formation suivie au passeport orientation et formation de votre collaborateur.