

Intitulé de la formation : Humanis

Déroulée du : 06/08/25 au 06/08/25

Lieu : Reck ☐ Brumath ☐ Wittenheim ☒ Fameck ☐ Molsheim ☐ Intra

Formateur : ☐ GAERTNER F. ☐ GARCIA R. ☒ LAEMMEL T. ☐ RIFF J. ☐ ROSER C. ☐ GRUBER J. ☐ FELLMANN D.

SOCIETE : Bautex

Nom+Prénom stagiaire : JOSEPH Date de naissance : 26-08-65

#### Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?

|                                                              |                                         |                              |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Formation prévue par votre entreprise                        | <input checked="" type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Utile pour renforcer vos compétences dans votre poste actuel | <input checked="" type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Utile pour acquérir de nouvelles compétences                 | <input checked="" type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

#### Evaluation de l'environnement (cocher la case correspondante)

|                                                         | Très bien                           | Bien                     | Moyen                    | Mauvais                  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil était-il ?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accès était-il facile ?                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les locaux étaient-ils confortables (place, clarté) ?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le matériel était-il adapté (quantité, état, vétusté) ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Evaluation de la formation (cocher la case correspondante)

|                                                                                     | Très bien                           | Bien                     | Moyen                    | Mauvais                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Information sur le déroulement de la formation                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect du programme annoncé                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Progression de la formation (durée, rythme, théorie/pratique)                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clarté de l'enseignement et des explications du formateur                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité des supports pédagogiques                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilité du formateur pour répondre à vos questions                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adaptation/Animation du (des) formateur(s) au groupe                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez passé un examen écrit, paraît-il en phase avec la formation délivrée ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comment évaluez-vous la clarté des questions de cet examen écrit ?                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Votre satisfaction (cocher la case correspondante)

|                                                                                               | Très bien                           | Bien                                | Moyen                    | Mauvais                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous avoir atteint les objectifs pédagogiques prévus lors de la formation ?            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estimez-vous que la formation était en adéquation avec le métier ou les réalités du secteur ? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recommanderiez-vous ce stage à une personne exerçant le même métier ?                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos remarques : Super

Intitulé de la formation : EPI (hannais)

Déroulée du : 06/07/2026 au 06/07/2026

Lieu : ☐ Brumath ☐ Wittenheim ☒ Fameck ☐ Molsheim ☐ Intra

Formateur : ☐ GAERTNER F. ☐ GARCIA R. ☒ LAEMMEL T. ☐ RIFF J. ☐ ROSER C. ☐ GRUBER J. ☐ FELLMANN D.

SOCIETE : KUTHE SAS

Nom+Prénom stagiaire : TAILLEFER Samuel

Date de naissance : 04/04/2001

### Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?

|                                                              |                                      |                           |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Formation prévue par votre entreprise                        | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour renforcer vos compétences dans votre poste actuel | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour acquérir de nouvelles compétences                 | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

### Evaluation de l'environnement (cocher la case correspondante)

|                                                         | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| L'accueil était-il ?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| L'accès était-il facile ?                               | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Les locaux étaient-ils confortables (place, clarté) ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Le matériel était-il adapté (quantité, état, vétusté) ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

### Evaluation de la formation (cocher la case correspondante)

|                                                                                     | Très bien                           | Bien                                | Moyen | Mauvais |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|
| Information sur le déroulement de la formation                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Respect du programme annoncé                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |
| Progression de la formation (durée, rythme, théorie/pratique)                       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Clarté de l'enseignement et des explications du formateur                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Qualité des supports pédagogiques                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Disponibilité du formateur pour répondre à vos questions                            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |
| Adaptation/Animation du (des) formateur(s) au groupe                                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |
| Si vous avez passé un examen écrit, paraît-il en phase avec la formation délivrée ? |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Comment évaluez-vous la clarté des questions de cet examen écrit ?                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |

### Votre satisfaction (cocher la case correspondante)

|                                                                                               | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Pensez-vous avoir atteint les objectifs pédagogiques prévus lors de la formation ?            | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Estimez-vous que la formation était en adéquation avec le métier ou les réalités du secteur ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Recommanderiez-vous ce stage à une personne exerçant le même métier ?                         | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

### Vos remarques

---



---



---

Intitulé de la formation : EPI

Déroulée du : 06/07/26 au 06/07/26

Lieu : ☐ Brumath ☐ Wittenheim ☒ Fameck ☐ Molsheim ☐ Intra

Formateur : ☐ GAERTNER F. ☐ GARCIA R. ☒ LAEMMEL T. ☐ RIFF J. ☐ ROSER C. ☐ GRUBER J. ☐ FELLMANN D.

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| SOCIETE : <u>LIP Noor Kerkli</u>         |                                     |
| Nom+Prénom stagiaire: <u>Kerkli Noor</u> | Date de naissance : <u>06/10/00</u> |

#### Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?

|                                                              |                                      |                           |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Formation prévue par votre entreprise                        | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour renforcer vos compétences dans votre poste actuel | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour acquérir de nouvelles compétences                 | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

#### Evaluation de l'environnement (cocher la case correspondante)

|                                                         | Très bien                           | Bien                                | Moyen | Mauvais |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|
| L'accueil était-il ?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |
| L'accès était-il facile ?                               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |       |         |
| Les locaux étaient-ils confortables (place, clarté) ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |
| Le matériel était-il adapté (quantité, état, vétusté) ? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |       |         |

#### Evaluation de la formation (cocher la case correspondante)

|                                                                                     | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| Information sur le déroulement de la formation                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Respect du programme annoncé                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Progression de la formation (durée, rythme, théorie/pratique)                       | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Clarté de l'enseignement et des explications du formateur                           | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Qualité des supports pédagogiques                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Disponibilité du formateur pour répondre à vos questions                            | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Adaptation/Animation du (des) formateur(s) au groupe                                | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Si vous avez passé un examen écrit, paraît-il en phase avec la formation délivrée ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Comment évaluez-vous la clarté des questions de cet examen écrit ?                  | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

#### Votre satisfaction (cocher la case correspondante)

|                                                                                               | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Pensez-vous avoir atteint les objectifs pédagogiques prévus lors de la formation ?            | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Estimez-vous que la formation était en adéquation avec le métier ou les réalités du secteur ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Recommanderiez-vous ce stage à une personne exerçant le même métier ?                         | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

#### Vos remarques

Top formateur tant pédagogique que sympathique

10/10

Intitulé de la formation : EPI

Déroulée du : 06/07/26 au 06/07/26

Lieu : ☐ Brumath ☐ Wittenheim ☒ Fameck ☐ Molsheim ☐ Intra

Formateur : ☐ GAERTNER F. ☐ GARCIA R. ☒ LAEMMEL T. ☐ RIFF J. ☐ ROSER C. ☐ GRUBER J. ☐ FELLMANN D.

|                                             |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| SOCIETE : <u>SINEA</u>                      |                                       |
| Nom+Prénom stagiaire: <u>BAZRAMI SHPENI</u> | Date de naissance : <u>04.06.1987</u> |

### Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?

|                                                              |                                      |                           |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Formation prévue par votre entreprise                        | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour renforcer vos compétences dans votre poste actuel | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Utile pour acquérir de nouvelles compétences                 | <input checked="" type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

### Evaluation de l'environnement (cocher la case correspondante)

|                                                         | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| L'accueil était-il ?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| L'accès était-il facile ?                               | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Les locaux étaient-ils confortables (place, clarté) ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Le matériel était-il adapté (quantité, état, vétusté) ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

### Evaluation de la formation (cocher la case correspondante)

|                                                                                     | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| Information sur le déroulement de la formation                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Respect du programme annoncé                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Progression de la formation (durée, rythme, théorie/pratique)                       | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Clarté de l'enseignement et des explications du formateur                           | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Qualité des supports pédagogiques                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Disponibilité du formateur pour répondre à vos questions                            | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Adaptation/Animation du (des) formateur(s) au groupe                                | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Si vous avez passé un examen écrit, paraît-il en phase avec la formation délivrée ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Comment évaluez-vous la clarté des questions de cet examen écrit ?                  | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

### Votre satisfaction (cocher la case correspondante)

|                                                                                               | Très bien                           | Bien | Moyen | Mauvais |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------|---------|
| La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Pensez-vous avoir atteint les objectifs pédagogiques prévus lors de la formation ?            | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Estimez-vous que la formation était en adéquation avec le métier ou les réalités du secteur ? | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |
| Recommanderiez-vous ce stage à une personne exerçant le même métier ?                         | <input checked="" type="checkbox"/> |      |       |         |

Vos remarques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_