

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

Nom **MICHEL**

Prénom **Alain**

Réf. Stagiaire **800092450**

Entreprise **LES INTERIMAIRES PROFESSIONNELS TRANSPORT LIP**

Réf. Entreprise **500435572**

Code Stage **FCFN6C220024**

Nom de la personne
ayant animé l'évaluation

plchene stop

Date **18/09/2026**

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 000000001618370 99999 99999 02 000000000000000 PEG

1618370



1 603381 856588



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

La patience du formateur (Stéphane)
qui fait une réussite sur cette semaine de formation.

* Points faibles de cette action de formation

Personnellement, je n'en ai aucun.

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

☒ OUI

☐ NON

Si non, quelles modifications seraient souhaitables ?

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

Souhaitez-vous participer à d'autres formations ?

☐ OUI

☒ NON

Si oui, dans quels domaines ?

Un nouveau stage.

Vos autres observations, remarques et propositions :

Je n'en connais aucune autres.
(peut être une restauration rapide, ce n'est qu'une proposition).

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