

FORMATION : PREPARATIONS BOUCHERES CRUES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur MOREL Mickael

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LES QUATRE CHEMINS DE PERSAN**

Adresse/CP/Ville : 2 RUE JEAN CATELAS 95340 PERSAN

Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Monsieur BEGGAS MOHAMMED

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LA FORMATION REALISEE.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?

Oui  Non

Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?

Oui  Non

Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?

*peut être une durée plus longue*

Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?

Oui  Non

0

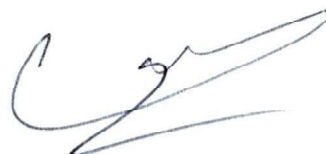
Remarques et observations du/des participant (s) :

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

Conseillerez-vous les formations ADAR CONSEIL ? Oui  Non

Vous attribuez à notre centre la note de *9*.../10

Date, Cachet et Signature du prescripteur



**FORMATIONS : PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **BOULANGERIE JULES**

Adresse/CP/Ville : 113, rue du Pont de Mayenne 53000 LAVAL

Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : monsieur LEGENDRE

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LA FORMATION REALISEE.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?

Oui  Non

Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?

Oui  Non

Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?

*Manque de temps*

Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?

Oui  Non

0

Remarques et observations du/des participant (s) :

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

Conseillerez-vous les formations ADAR CONSEIL ? Oui  Non

Le prescripteur reconnaît avoir reçu du formateur les certificats de réalisation et les copies de volets AFEST. Il reconnaît avoir été informé qu'il devait conserver lesdits documents trois années afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle.

Vous attribuez à notre centre la note de *7* /10

Date, Cachet et Signature du prescripteur

**Boulangerie Pâtisserie JULES**  
113 rue du Pont de Mayenne 53000 LAVAL  
Tél: 02 43 53 39 55  
SARL au chiffre de 1000€  
SIRET: 751 800 657 00015



**FORMATIONS : PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL NYM – MAISON MARTIN**

Adresse/CP/Ville : **au 113, rue du Pont de Mayenne à LA CHAPELLE SUR ERDRE (44240).**

Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : monsieur MARTIN

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LES FORMATIONS REALISEES.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?

Oui  Non

Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?

Oui  Non

Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?

.....  
.....

Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?

Oui  Non

0

Remarques et observations du/des participant (s) :

*Satisfait de la formation*  
.....  
.....

Conseillerez-vous les formations ADAR CONSEIL ? Oui  Non

Le prescripteur reconnaît avoir reçu du formateur les certificats de réalisation et les copies de volets AFEST. Il reconnaît avoir été informé qu'il devait conserver lesdits documents trois années afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle.

Vous attribuez à notre centre la note de *10*/10

Date, Cachet et Signature du prescripteur





**FORMATIONS : PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL TOUBLANC**

Adresse/CP/Ville : **9T, rue des Vignes 72610 CHAMPFLEUR**

Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : **MADAME TOUBLANC**

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LES FORMATIONS REALISEES.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

**Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?**

Oui  Non

**Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?**

Oui  Non

**Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?**

*Rien*  
.....  
.....

**Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?**

Oui  Non

Remarques et observations du/des participant (s) :

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

**Conseillerez-vous les formations ADAR CONSEIL ?** Oui  Non

**Le prescripteur reconnaît avoir reçu du formateur les certificats de réalisation et les copies de volets AFEST. Il reconnaît avoir été informé qu'il devait conserver lesdits documents trois années afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle.**

**Vous attribuez à notre centre la note de** *9,99/10*

**Date, Cachet et Signature du prescripteur**



*[Signature]*  
Date: *10/03/2016*  
SARL TOUBLANC  
Vignes - Champfleu 72610  
Tél : 02 33 26 43 83  
Siren : 915395867

FORMATION : LE CHOCOLAT SUR MESURE  
 Réalisée en En Intra/Presentiel par M. FANUILLET Sebastien  
 Prescripteur (nom de la structure contractante : PELLOQUIN BONCHE  
 Adresse/CP/Ville : 1, rue de l'Atlantique 85440 GROSBREUIL  
 Contact référent (Nom/Prénom) : Monsieur PELLOQUIN Damien  
 Téléphone : 09 86 16 14 13  
 Participant : Madame Cassandre JUGE

### ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : Bon formateur  
 .....  
 .....  
 .....

Date : 27/03/24.

Signature du participant

Juge

FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PRO.  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT  
Téléphone : 02 96 38 90 34

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LA FORMATION REALISEE.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

**Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?**

Oui  Non

**Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?**

Oui  Non

**Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?**

.....  
.....

**Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?**

Oui  Non

**Conseillerez-vous les formations LEA FORMATION ?** Oui  Non

**Le prescripteur reconnaît avoir reçu du formateur les certificats de réalisation et les copies de volets AFEST. Il reconnaît avoir été informé qu'il devait conserver lesdits documents trois années afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle.**

**Vous attribuez à notre centre la note de 10.../10 prescripteur**

**Date, Cachet et Signature du**

30/09/16  
RAOULT  
13, place de l'Eglise  
22420 PLOUARET  
N° SIRET : 501 400 352 00016



**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **BOULANGERIE JULES**

Adresse/CP/Ville : **113, rue du Pont de Mayenne 53000 LAVAL**

Participant :

*MADAME KAFFER*

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Pertinence du programme			4
Maitrise du sujet (formateur)		X	
Objectifs atteints		X	
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

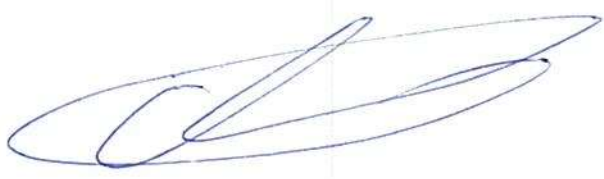
.....

.....

.....

Date : *27/09*

Signature du stagiaire



**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **BOULANGERIE JULES**

Adresse/CP/Ville : 113, rue du Pont de Mayenne 53000 LAVAL

Participant :

**Monsieur . LETESSIER**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			✓
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			✓
Pertinence du programme			✓
Maitrise du sujet (formateur)			+
Objectifs atteints			✓
Acquisition de nouvelles compétences			✓
Appréciation de l'organisme de formation			✓
Test d'évaluation finale			

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 27/09

Signature du stagiaire





**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **BOULANGERIE JULES**

Adresse/CP/Ville : 113, rue du Pont de Mayenne 53000 LAVAL

Participant :

**Monsieur** | *Germain André*

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			<i>α</i>
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			<i>α</i>
Pertinence du programme			<i>α</i>
Maitrise du sujet (formateur)			<i>α</i>
Objectifs atteints			
Acquisition de nouvelles compétences		<i>α</i>	
Appréciation de l'organisme de formation		<i>α</i>	
Test d'évaluation finale		<i>α</i>	

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : *27/09/20*

Signature du stagiaire



**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL NYM – MAISON MARTIN**

Adresse/CP/Ville : **113, rue du Pont de Mayenne à LA CHAPELLE SUR ERDRE (44240).**

Participant :

**Madame TESS GUILLOU ABRAHAM**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			2
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			2
Pertinence du programme		2	
Maitrise du sujet (formateur)			2
Objectifs atteints			2
Acquisition de nouvelles compétences	2		
Appréciation de l'organisme de formation			2
Test d'évaluation finale	2		

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : Nouvelle connaissance et technique  
très appréciée.

Date : 10/09/2024

Signature du stagiaire

**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL NYM – MAISON MARTIN**

Adresse/CP/Ville : **113, rue du Pont de Mayenne à LA CHAPELLE SUR ERDRE (44240).**

Participant :

**Monsieur ALEXI ROUILLON**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Pertinence du programme			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : *mise en place rapide des produits, programme pertinent et intéressant*

Date :

*10/09/2024*

Signature du stagiaire



FORMATION : LE CHOCOLAT SUR MESURE  
 Réalisée en En Intra/Presentiel par M. FANOUILLET Sebastien  
 Prescripteur (nom de la structure contractante) : PELLOQUIN BONCHE  
 Adresse/CP/Ville : 1, rue de l'Atlantique 85440 GROSBREUIL  
 Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Monsieur PELLOQUIN 0  
 Téléphone : 09 86 16 14 13  
 Participant : Madame Lucie HEBERT

### ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : *Très bon formateur*  
 .....  
 .....

Date : *27/03/24*

Signature du participant



FORMATION : ETIQUETAGE ET TRACABILITE  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice

Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET

Contact référent (Nom/Prénom) : Gilbert RAOULT  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : CLABEAU Benoit

**ENQUETE DE SATISFACTION**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			ppp
Pertinence du programme			ppp
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			ppp
Maitrise du sujet (formateur)			ppp
Les objectifs atteints			ppp
Acquisition de nouvelles compétences			ppp
Appreciation de l'organisme de formation			ppp
Evaluation de fin de formation			ppp

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 07/06/2011  
Signature du participant



FORMATION : ETIQUETAGE ET TRACABILITE  
 Réalisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
 Prescripteur (nom de la structure contractante : ETS RAOULT  
 Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
 Contact référent (Nom/Prénom) : Gilbert RAOULT  
 Téléphone : 02 96 38 90 34  
 Participant : LEGAND-LARQUET Axel

### ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : ..... D.A.S. ....

.....  
 .....

Date : 07/06/20  
 Signature du participant

*LLA*



FORMATION : ETIQUETAGE ET TRACABILITE  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT Dirigeant  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : RAOULT Lucas

**ENQUETE DE SATISFACTION**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaitre votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X


Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)  
1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : ..... RAS .....

.....

.....

Date : 07/06/14  
Signature du participant



FORMATION : ETIQUETAGE ET TRACABILITE  
 Réalisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
 Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
 Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
 Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT Dirigeant  
 Téléphone : 02 96 38 90 34  
 Participant : RAOULT Sylvie

### ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			<input checked="" type="checkbox"/>
Pertinence du programme			<input checked="" type="checkbox"/>
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			<input checked="" type="checkbox"/>
Maitrise du sujet (formateur)			<input checked="" type="checkbox"/>
Les objectifs atteints			<input checked="" type="checkbox"/>
Acquisition de nouvelles compétences			<input checked="" type="checkbox"/>
Appreciation de l'organisme de formation			<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluation de fin de formation			<input checked="" type="checkbox"/>

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 08/06/2024  
 Signature du participant



FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PRO.  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT Dirigeant  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : RAOULT Sylvie

**ENQUETE DE SATISFACTION**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			✓
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			✓
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)  
1       2       3       4       5


Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 21/06/24  
Signature du participant





FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PRO.  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT Dirigeant  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : RAOULT Lucas

**ENQUETE DE SATISFACTION**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)  
1  2  3  4  5


Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 08/08/24  
Signature du participant



FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PRO.  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom) : Gilbert RAOULT  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : LEGAND-LARQUET Axel

### ENQUETE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : .....  
.....  
.....  
.....

Date : 6/8/06/26  
Signature du participant



FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PRO.  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice

Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET

Contact référent (Nom/Prénom) : Gilbert RAOULT  
Téléphone : 02 96 38 90 34  
Participant : CLABEAU Benoit

**ENQUETE DE SATISFACTION**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis .

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Pertinence du programme			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Les objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appreciation de l'organisme de formation			X
Evaluation de fin de formation			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

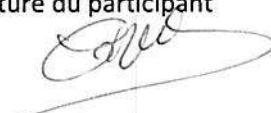
Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 08/06/24  
Signature du participant





**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL TOUBLANC**

Adresse/CP/Ville : **9T, rue des Vignes 72610 CHAMPFLEUR**

Participant :

**Monsieur JULES HARET**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			<input checked="" type="checkbox"/>
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			<input checked="" type="checkbox"/>
Pertinence du programme			<input checked="" type="checkbox"/>
Maitrise du sujet (formateur)			<input checked="" type="checkbox"/>
Objectifs atteints			<input checked="" type="checkbox"/>
Acquisition de nouvelles compétences		<input checked="" type="checkbox"/>	
Appréciation de l'organisme de formation		<input checked="" type="checkbox"/>	
Test d'évaluation finale		<input checked="" type="checkbox"/>	

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 04/10/2024

Signature du stagiaire

**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL TOUBLANC**

Adresse/CP/Ville : **9T, rue des Vignes 72610 CHAMPFLEUR**

Participant :

**Madame METIVIER L/A**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation		X	
Pertinence du programme			X
Maitrise du sujet (formateur)		X	
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation		X	
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

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

Date : **04/10/16**

Signature du stagiaire





**FORMATIONS : LA PATISSERIE SUR MESURE**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BOURGETEAU

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **SARL TOUBLANC**

Adresse/CP/Ville : **9T, rue des Vignes 72610 CHAMPFLEUR**

Participant :

**Madame VALENTINA LEPRINCE**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil		6	
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation		X	
Pertinence du programme		✓	
Maitrise du sujet (formateur)		✓	
Objectifs atteints		✓	
Acquisition de nouvelles compétences		✓	
Appréciation de l'organisme de formation		✓	
Test d'évaluation finale		✓	

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 06/10/24

Signature du stagiaire



FORMATIONS : DECOUPAGE DE VIANDES et HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur MANGEOLLE Michel

Prescripteur (nom de la structure contractante) : VENT DU SUD

Adresse/CP/Ville : LE VENT DU SUD, Rue Marechal Joffre 87100 LIMOGES

Contact réfèrent (Nom/Prénom et fonction) : Monsieur ABDEDDAIM ABDELHAMID

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LA FORMATION REALISEE.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?

Oui  Non

Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?

Oui  Non

Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?

..... pas de man. suent .....  
.....

Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?

Oui  Non

Remarques et observations du/des participant (s) :

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

Conseillerez-vous les formations ADAR CONSEIL ? Oui  Non

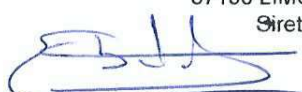
Vous attribuez à notre centre la note de 10.../10

Date, Cachet et Signature du prescripteur

30/10/2024

**LE VENT DU SUD**

rue Maréchal Joffre  
Centre Commercial Val de l'Aurence  
87100 LIMOGES - Tél. 05 55 12 81 33  
Siret. 818 641 516 00021



ADAR CONSEIL – 104 AVENUE DES FOUGERES (93420) VILLEPINTE. SASU au capital de 100 00 € RCS Bobigny 841 891 849  
[adarconseil.sm@gmail.com](mailto:adarconseil.sm@gmail.com) Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11930784493 auprès du préfet de la région d'IdF

FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BERTHELOT Stéphane

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE PETIT FOURNIL**

Adresse/CP/Ville : 65 RUE CARNOT 17600 SAUJON

Participant :

**Madame VANHILLE Brigitte**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil		X	
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation		X	
Pertinence du programme		X	
Maitrise du sujet (formateur)		X	
Objectifs atteints		X	
Acquisition de nouvelles compétences		X	
Appréciation de l'organisme de formation		X	
Test d'évaluation finale		X	

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....  
**TRÈS BIEN**  
.....  
.....

Date :

**25/10/24**

Signature du stagiaire





FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BERTHELOT Stéphane

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE PETIT FOURNIL**

Adresse/CP/Ville : 65 RUE CARNOT 17600 SAUJON

Participant :

**Monsieur CAMPESATO Bruno**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			
Pertinence du programme			
Maitrise du sujet (formateur)			
Objectifs atteints			
Acquisition de nouvelles compétences			
Appréciation de l'organisme de formation			
Test d'évaluation finale			

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

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

Date :

25/10/24

Signature du stagiaire

Campesato B.



FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BERTHELOT Stéphane

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE PETIT FOURNIL**

Adresse/CP/Ville : 65 RUE CARNOT 17600 SAUJON

Participant :

**Monsieur ADAM Christophe**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			
Pertinence du programme			
Maitrise du sujet (formateur)			
Objectifs atteints			
Acquisition de nouvelles compétences			
Appréciation de l'organisme de formation			
Test d'évaluation finale			

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 25/10/2024

Signature du stagiaire



FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BERTHELOT Stéphane

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE PETIT FOURNIL**

Adresse/CP/Ville : 65 RUE CARNOT 17600 SAUJON

Participant :

**Monsieur GOBIN Samuel**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			
Pertinence du programme			
Maitrise du sujet (formateur)			
Objectifs atteints			
Acquisition de nouvelles compétences			
Appréciation de l'organisme de formation			
Test d'évaluation finale			

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

.....

.....

.....

Date : 25/10/24

Signature du stagiaire





FORMATION : HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur BERTHELOT Stéphane

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE PETIT FOURNIL**

Adresse/CP/Ville : 65 RUE CARNOT 17600 SAUJON

Participant :

**Madame COTTET VIRGINIE**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			✓
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation		✓	
Pertinence du programme		✓	
Maitrise du sujet (formateur)		✓	
Objectifs atteints		✓	
Acquisition de nouvelles compétences		✓	
Appréciation de l'organisme de formation		✓	✓
Test d'évaluation finale		✓	

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

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

Date : 25/10/24.

Signature du stagiaire

Cottet



FORMATION : PREPARATIONS BOUCHERES CRUES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur MOREL Mickael

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LES QUATRE CHEMINS DE PERSAN**

Adresse/CP/Ville : 2 RUE JEAN CATELAS 95340 PERSAN

Participant :

Monsieur OUMAR BARRY

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation		X	
Pertinence du programme		X	
Maitrise du sujet (formateur)		X	
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation		X	
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : *j'aime la formation*  
*j'ai appris des choses.*

Date : *A20/11/2024*

Signature du stagiaire



FORMATION : PREPARATIONS BOUCHERES CRUES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur MOREL Mickael

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LES QUATRE CHEMINS DE PERSAN**

Adresse/CP/Ville : 2 RUE JEAN CATELAS 95340 PERSAN

Participant :

Monsieur BENAIFA TOUFIK

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Pertinence du programme			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1  2  3  4  5

Votre avis nous intéresse : Bon Boulot  
Bon Continuation  
.....  
.....  
.....

Date : 21/11/24

Signature du stagiaire





FORMATION : PREPARATIONS BOUCHERES CRUES

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par monsieur MOREL Mickael

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LES QUATRE CHEMINS DE PERSAN**

Adresse/CP/Ville : 2 RUE JEAN CATELAS 95340 PERSAN

Participant :  
Monsieur CHAIB DRAAKHERA.

**Enquête de satisfaction.**

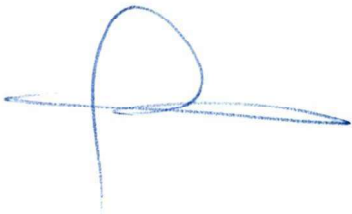
	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Pertinence du programme			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : J'ai bien aimé son travail  
C'était bien passé  
.....  
.....

Date : 21/11/2024

Signature du stagiaire  


FORMATIONS :

**DECOUPAGE DE VIANDES et HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par Monsieur MANGEOLLE Michel

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE VENT DU SUD**

Adresse/CP/Ville : **Rue Marechal Joffre 87100 LIMOGES**

Participant :

**Monsieur AHMED NAZEER**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			✓
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			✓
Pertinence du programme			✓
Maitrise du sujet (formateur)			✓
Objectifs atteints			✓
Acquisition de nouvelles compétences			✓
Appréciation de l'organisme de formation			✓
Test d'évaluation finale			✓

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

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

Date : 30/10/24

Signature du stagiaire





FORMATIONS :

**DECOUPAGE DE VIANDES et HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par Monsieur MANGEOLLE Michel

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE VENT DU SUD**

Adresse/CP/Ville : **Rue Marechal Joffre 87100 LIMOGES**

Participant :

**Monsieur ABDELKALEK ABDERRHAMANI**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			X
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			X
Pertinence du programme			X
Maitrise du sujet (formateur)			X
Objectifs atteints			X
Acquisition de nouvelles compétences			X
Appréciation de l'organisme de formation			X
Test d'évaluation finale			X

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

*Très bien*  
.....  
.....  
.....

Date : *30 Oct 2024*

Signature du stagiaire



FORMATIONS :

**DECOUPAGE DE VIANDES et HYGIENE ET BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Réalisée en INTRA – PRESENTIEL par Monsieur MANGEOLLE Michel

Prescripteur (nom de la structure contractante) : **LE VENT DU SUD**

Adresse/CP/Ville : **Rue Marechal Joffre 87100 LIMOGES**

Participant :

**Monsieur ISSAM ABDERRHAMANI**

**Enquête de satisfaction.**

	Médiocre	Suffisant	Parfait
Accueil			
Les supports de cours sont en adéquation avec la formation			
Pertinence du programme			
Maitrise du sujet (formateur)			
Objectifs atteints			
Acquisition de nouvelles compétences			
Appréciation de l'organisme de formation			
Test d'évaluation finale			

Quelle note globale donneriez-vous à cette formation ? (1 plus faible, 5 plus fort)

1       2       3       4       5

Votre avis nous intéresse : .....

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

Date : *30/0ct/12*

Signature du stagiaire



FORMATION : ETIQUETAGE ET TRACABILITE  
Realisée en En Intra/Presentiel par BOURGETEAU Patrice  
Prescripteur (nom de la structure contractante) : ETS RAOULT  
Adresse/CP/Ville : 13, place de l'Eglise 22420 PLOUARET  
Contact référent (Nom/Prénom et fonction) : Gilbert RAOULT  
Téléphone : 02 96 38 90 34

**AVIS DU PRESCRIPTEUR SUR LA FORMATION REALISEE.**

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir nous faire connaître votre avis sur la prestation référencée ci-dessus.

**Est-ce que l'entretien que vous avez eu, en amont, avec le conseiller en formation vous a aidé à définir votre projet ?**

Oui  Non

**Avez-vous été satisfait de l'encadrement (administratif, accompagnement, formation,) ?**

Oui  Non

**Au regard de l'objectif fixé le résultat est-il atteint ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Est-ce que les connaissances acquises ont permis la mise en pratique ?**

Parfaitement  Moyennement  Pas du tout

**Selon vous, que manquait il à la formation pour faciliter la mise en pratique ?**

.....  
.....

**Avez-vous eu un entretien avec le/les participant(s) pour faire le point sur les apports de la formation ?**

O Oui  Non

**Conseillerez-vous les formations LEA FORMATION ?** Oui  Non

**Le prescripteur reconnaît avoir reçu du formateur les certificats de réalisation et les copies de volets AFEST. Il reconnaît avoir été informé qu'il devait conserver lesdits documents trois années afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle.**

**Vous attribuez à notre centre la note de 10/10 prescripteur**

**Date, Cachet et Signature du**

BOULANGERIE PÂTISSERIE  
RAOULT Gilbert Sylvie  
13, place de l'église  
22420 PLOUARET  
N° SIRET : 501 400 282 00018