Code Formation : **2025-075Y**

Attention, merci d'indiquer cette référence sur tous vos documents
Notamment vos factures, afin d'en faciliter le traitement

Agnès LLORET

Votre fiche de mission pour la FORMATION :

« Sophrologie »

Date(s) : 19 novembre 2025 -- **Horaires :** 9h00 - 12h30

Lieu : DR INSEE 5 rue Sainte Catherine 86000 POITIERS

Contact : Mme DUTHEIL 05.55.45.21.41

Vidéo projecteur + parking

Nom Établissement		Nom Prénom	TOUR DE TABLES – ATTENTES PARTICIPANTS
Formation Spécialisée CSA FS SST 86	1	BREGERE Sophie	
	2	LABETOULLE Line	
	3	MENARD Christine	
	4	PORTIER Aurélie	
	5	DICK Ana-Maria	
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		

La mission que vous avez réalisée s'est faite dans le respect de la démarche de certification Qualiopi dans laquelle nous sommes engagés.
En vous remerciant de bien vouloir nous rendre cette fiche de mission signée avec l'ensemble des documents constitutifs de l'action de formation réalisée. (Émargements, Appréciations, Évaluations initiales et finales, exercices stagiaires corrigés…)

Signature Intervenant(e)

Code Formation : 2025-075Y

INTRA

FEUILLE D'EMARGEMENT du : ……

Nous, ERACH HUMAN FORMATIONS demeurant à MONTAUBAN, représentée en son nom légal par Mme B FECIH, attestons par la présente de la réalité des informations portées ci-dessous à votre connaissance.

Date début : 19/11/2025 **Date fin :** 19/11/2025 **Toutes les dates :** 19 novembre 2025 **Durée par jour :** 7 Heures – **Durée totale** : 3,5 Heures **Lieu :** DR INSEE 5 rue Sainte Catherine 86000 POITIERS	**Intitulé de la formation :** **Sophrologie** **Pour :** **Formation Spécialisée CSA FS SST 86**

NOM ET PRENOM DU OU DES FORMATEURS	**SIGNATURE DU OU DES FORMATEURS (*)** *(*) Par ma signature, j'atteste par la présente avoir dispensé la formation ci-dessus nommée*	
	MATIN	APRES-MIDI
Agnès LLORET		

	NOM ET PRENOM DES STAGIAIRES *(**) Par ma signature, j'atteste par la présente, accepter le règlement intérieur du lieu où je me trouve et avoir suivi la formation ci-dessus nommée*	**SIGNATURES** (**)	
		MATIN	APRES-MIDI
		9h00 - 12h30	
1	BREGERE Sophie		
2	LABETOULLE Line		
3	MENARD Christine		
4	PORTIER Aurélie		
5	DICK Ana-Maria		
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
	Nombre de participants		

FAIT POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

CACHET ET SIGNATURE ORGANISME DE FORMATION

Le Client est informé des réglementations concernant la communication marketing, la loi du 21 Juin 2014 pour la confiance dans l'Économie Numérique, la Loi Informatique et Liberté du 06 Août 2004 ainsi que du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD : n° 2016-679)

Code Formation : 2025-075Y

FICHE D'APPRECIATION DE LA FORMATION*

Vous avez bénéficié d'une formation organisée par ERACH HUMAN FORMATIONS. Pour nous aider à améliorer le contenu des formations proposées et répondre plus précisément à vos attentes, merci de prendre quelques minutes pour compléter cette d'évaluation.

Formation : Sophrologie

Animateur : Agnès LLORET **Date(s) :** 19 novembre 2025

Nom et prénom du stagiaire : .....

Fonction exercée : .....

Établissement : .....

E-mail : .....

	4 Très Bien	3 Bien	2 Moyen	1 Insatisfaisant
Organisation du stage				
La préparation administrative du stage (inscription, convocation)	☐	☐	☐	☐
L'accueil sur le lieu de stage	☐	☐	☐	☐
L'équipement (locaux, salles, …) mis à votre disposition	☐	☐	☐	☐
Le contenu du stage				
La qualité de l'animation	☐	☐	☐	☐
Le choix des outils pédagogiques utilisés	☐	☐	☐	☐
Documentation (Papier ou Dématérialisée) mise à disposition	☐	☐	☐	☐
La durée du stage (rapport contenu/durée)	☐	☐	☐	☐
L'atteinte des objectifs définis au programme	☐	☐	☐	☐
L'acquisition des connaissances théoriques et/ou pratique	☐	☐	☐	☐
L'utilité de ce stage au regard de votre fonction	☐	☐	☐	☐

Pourrez-vous mettre en application les acquis de la formation au sein de votre lieu de travail ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement

Qu'avez-vous pensé de cette formation ? .....

.....

.....

.....

Le cas échéant, quels seraient les points d'amélioration ? .....

.....

Recommanderiez-vous cette formation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement

Souhaitez-vous perfectionner vos connaissances suite à la formation ? ☐ Oui ☐ Non

J'autorise ERACH Formations à utiliser mes appréciations dans Sites / Blog… ☐ Oui ☐ Non

Je souhaiterai participer à d'autres actions de formation : ☐ Oui ☐ Non

Santé au Travail – Q.V.T. (Qualité de Vie au Travail)

- ☐ Risques Psychosociaux
- ☐ Gestion des conflits
- ☐ Gestion du stress
- ☐ Stress et TMS (Troubles Musculo Squelettiques)
- ☐ TMS
- ☐ Gestes et postures
- ☐ Travail sur écran

Sécurité au travail

- ☐ Habilitation électrique
- ☐ CACES
- ☐ Secourisme
- ☐ Incendie

☐ Autres thèmes – à préciser : .....

* Ce questionnaire intègre les 4 indicateurs définis par la circulaire DGEFP n°2011-26 du 15/11/11 et la réponse ministérielle publiée au JO du 29/03/11, page 3201