

Armée du Salut
ÉVALUATION DU PROGRAMME *BÉBÉ CHANTE*

Nom : _____

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

1. Qu'avez-vous apprécié dans ce programme? _____

2. Qu'aimeriez-vous que l'on fasse différemment? _____

3. Les séances du programme avaient-elles lieu à un moment approprié pour votre (vos) enfant(s) et vous? _____

Y a-t-il un meilleur moment pour offrir le programme? _____

4. Participeriez-vous au programme s'il était de nouveau offert? _____

5. Recommanderiez-vous ce programme à des amis? _____

6. Fréquentez-vous actuellement une église près de chez vous? _____

7. Souhaitez-vous connaître les autres programmes offerts ici? _____

8. Remarques : _____

