



# LEADER FORM

NOM \_\_\_\_\_

TÉL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

NOM DE CANDIDAT \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps connaissez-vous le candidat(e) et quelle est votre relation avec lui/elle?

---

---

---

---

Quels sont les points forts de cette personne?

---

---

---

---

Dans quels domaines pensez-vous que cette personne peut encore grandir ou a besoin de guérison?

---

---

---

---

Avez-vous l'impression que cette personne déjà recherche la croissance et la guérison dans ces domaines?

---

---

---

---

Comment décririez-vous sa relation avec Dieu?

---

---

---

---

Dans quelle mesure cette personne fonctionne-t-elle en équipe?

---

---

Dans quelle mesure cette personne gère-t-elle bien sa vie émotionnelle et spirituelle?

---

---

---

Est-ce que vous pensez que ce(tte) candidat(e) est capable de faire l'école de QHOP?

---

---

---

---

D'autres pensées ou inquiétudes?

---

---

---

---

Merci beaucoup! Nous traiterons vos informations avec discrétion. Si vous pouvez  
envoyez ce formulaire directement à [info@qhop.ca](mailto:info@qhop.ca)