



Mãe Peregrina Infante

Crianças – rua ou condomínio

Dados do Missionário (criança):

Nome _____

Rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Local e data do compromisso

e envio do missionário: _____, _____ de _____ de _____.

Dados do Adulto responsável

Nome _____

Rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Aprofundamento na espiritualidade de Schoenstatt:

() Aliança de Amor () Santuário Lar () Ramo _____

Regional: _____

Diocese _____ Área: _____

Paróquia: _____ Comunidade: _____

Coordenador (a) Paroquial: _____

Contatos: _____

Número de crianças visitadas: _____ Data da Atualização da Lista: _____

VISITA DA MÃE PEREGRINA INFANTO

	Nome	Endereço	Fone
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Assinaturas:

Missionário: _____

Responsável adulto: _____

Coordenador Paroquial: _____

Reservado para o Secretariado preencher:

Data da entrega no Secretariado: ____ / ____ / ____

Pelo Secretariado da Campanha da Mãe Peregrina de Schoenstatt: _____