


Faith Fellowship Ministries
GRUPOS VIDA
Vida Intima De Abundancia
REPORTE MENSUAL DEL FACILITADOR

Información del Facilitador:

Fecha: 

Nombre:

Apellido:

Sexo: Masculino Femenino

GRUPO INFORMACION:

Facilitador / CID#:

Área:

Numero Distrito:

Numero del Área:

Reporte del Mes:

oo

Información Mensual de la Reunión del GRUPO VIDA:

Nuevo/Grupo Vida: Si No **Cambio /Grupo VIDA:** Si No
(si es si, complete lo siguiente) (si e si, complete todos los cambios)

Día de la Reunión: Lun Mar Mie Juv Vie Sab Dom

Hora de la Reunión: : : AM / PM (hh:mm: AM/PM)

Dirección: Ap. #:

Ciudad: Estado: Cod/Ptal:

Numero de Teléfono: Casa Cell Trabajo

E-mail:

Numero de Asistentes:

Como esta funcionando su GRUPO VIDA?

(A)=excede las expectativas (B)=Reúne las expectativas (C)=Necesita Apoyo

Por Favor díganos como podemos ayudarle:

Reporte(s) de Victoria:

Preguntas Acerca del GRUPO VIDA: