

## RAPPORT DU PRÉSIDENT DE MNI LOCALE

Nom de l'église _____		Année d'assemblée _____	
	<b>MEMBRES DE MNI</b>		<b>RAPPORT</b>
	Veillez <b>donner au pasteur</b> les totaux de 1 et 2.		
1	Membres de MNI (membres de l'église—inclure les adultes et enfants)		
2	Associés de MNI (non membres de l'Église—inclure les adultes et enfants)		
	<b>MISSION LA PRIORITÉ N°1</b>	<b>But</b>	
3	<b>PRIANT:</b> prières pour les missions	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4	<b>FAISANT DES DISCIPLES:</b> mentorat missionnaire des enfants/jeunes	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5	<b>DONNANT :</b> Envoie de 5.5% des revenus courants envoyé au Fond d'Évangélisation Mondial	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6	<b>ÉDUQUANT:</b> Participation à l'éducation missionnaire (voir les instructions du président local pour plus de détails)	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7	Êtes-vous une église <b>MISSION LA PRIORITÉ N°1</b> ? (Oui, si les lignes 3, 4, 5 et 6 sont oui)	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>DISTRICT D'ÉVANGÉLISATION MONDIALE PAR EXCELLENCE</b>		
8	Au moins 5.7% des revenus courants au Fond d'Évangélisation Mondial	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>PARTICIPATION ADDITIONAL MISSION</b>		
9	Offrande Albâtre envoyée	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10	Émissions de Mission Mondiale	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11	Participation Missionnaire Care	Oui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>Nous apprécions la participation de votre église locale dans d'autres secteurs des missions c'est à dire les Ministères de Compassion et autre ministères des missions. Veuillez décrire sur une autre page tout autre manière par lequel votre congrégation locale soutiens la Grande Commission et les missions Nazaréen.</p>			
<b>PRÉSIDENT DE MNI POUR LA NOUVELLE ANNÉE DE L'ÉGLISE</b> (même si aucun changement)			
Nom _____	Téléphone au domicile _____		
Adresse _____	Cellulaire _____		
Ville _____	Province _____	Code Postale _____	
Courriel _____	Fax _____		

SIGNÉ \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Local NMI Président (ou la personne complétant le rapport)

