

**Parrocchia S. Michele Arc. - ROSTA.**  
**Tel. e Fax 011 954 0133. C. F. 955161 20011.**

## **RICHIESTA DEL SACRAMENTO DEL BATTESIMO**

**1 - INCONTRI GENITORI** : Per meditare insieme sul senso cristiano del Battesimo, nei giorni seguenti :

Lunedì ..... e ..... mese di ..... ore 21.  
..... mese di ..... ore 15.

**2 - Celebreremo il Battesimo** Domenica ..... Ore .....

oppure .....

**3 - SCHEDA** per i dati del \la figlio\la da compilare in buona calligrafia (o stampatello) per evitare errori nella trascrizione sul registro dei Battesimi. Consegnarla al Parroco nella prima riunione, con la conferma della data prescelta per la Celebrazione.

( Cognome del bimbo\la) .....

(nomi) .....

nato a ..... prov. .... il giorno ..... del mese di  
..... anno ..... ore .....

suo papà è ..... nato a .....

figlio di i ..... ( nonno paterno)

sua mamma è ..... (cogn. e nome), nata a ..

..... figlia di ..... (nonno materno)

sposati a ..... Chiesa ..... il .....

domiciliati in ....., via ..... n.

padrino .....

madrina .....

tel./cell:.....e-mail: .....

Firma del richiedente .....

**NOTA : SI RACCOMANDA LA PUNTUALITA'.**

Celebrante il Sac. ....