

*Vous connaissez*

*une personne fragilisée par la maladie ,la vieillesse ou le handicap*

*ou toute personne vivant une situation de trouble important.*

En remplissant ce questionnaire vous permettrez à la communauté paroissiale de prier plus particulièrement pour cette personne malade lors de la messe du Dimanche de la Santé

Le 7 Février 2021 à ……………………….

**Possibilité de recevoir le sacrement lors de la messe**

*Par discrétion, le nom de la personne malade ne sera pas cité*

*mais inscrit et présenté au Seigneur dans un signe d'offrande .*

**De qui s’agit-il**

nom : ….......................... prénom :.....................................

adresse :.................................................................................................

tel …................................................

□ moi-même

**□** un proche

*lien de parenté :* ...................................

*votre nom et prénom :* …....................

□ une personne que je visite

*votre nom et prénom :* …......................

□ désire recevoir la visite du prêtre

□ désire recevoir la visite

 d'un membre du **Service Evangélique des Malades** de la paroisse

□ désire recevoir la communion à son domicile

□ désire recevoir le sacrement des malades.

□ autre demande …........................................................

*En remplissant ce questionnaire vous favoriserez la mise en relation de la personne malade avec les membres de l'équipe du Service Evangélique des Malades de la paroisse.*

*Soyez-en remercié et assuré d'être lumière dans la nuit*

*Vous connaissez*

*une personne fragilisée par la maladie, la vieillesse ou le handicap*

*ou toute personne vivant une situation de trouble important.*

En remplissant ce questionnaire vous permettrez à la communauté paroissiale de prier plus particulièrement pour cette personne malade lors de la messe du Dimanche de la Santé

Le 7 Février 2021 à ……………………….

**Possibilité de recevoir le sacrement lors de la messe**

*Par discrétion, le nom de la personne malade ne sera pas cité*

*mais inscrit et présenté au Seigneur dans un signe d'offrande .*

**De qui s’agit-il**

nom : ….......................... prénom :.....................................

adresse :.................................................................................................

tel …................................................

□ moi-même

**□** un proche

*lien de parenté :* ...................................

*votre nom et prénom :* …....................

□ une personne que je visite

*votre nom et prénom :* …......................

□ désire recevoir la visite du prêtre

□ désire recevoir la visite

 d'un membre du **Service Evangélique des Malades** de la paroisse

□ désire recevoir la communion à son domicile

□ désire recevoir le sacrement des malades.

□ autre demande …........................................................

*En remplissant ce questionnaire vous favoriserez la mise en relation de la personne malade avec les membres de l'équipe du Service Evangélique des Malades de la paroisse.*

*Soyez-en remercié et assuré d'être lumière dans la nuit*