

Bulletin d'inscription

NOM : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

Mail :

☐ Je désire recevoir le Sacrement des Malades au cours de la messe du 8 février 2026 à 10h30.

☐ Je ne peux venir par mes propres moyens, et j'ai besoin être transporté.

☐ Je serai présent dès 10h15 à l'église.

☐ Je souhaite qu'une personne soit désignée pour poser sa main sur mon épaule pendant le sacrement.

**Bulletin à retourner à l'adresse suivante
avant le 6 février 2026**

16 Avenue du Château d'Eau 90000 belfort - 03.84.21.10.44
paroisse-mere-teresa@diocesebm.fr
paroisse-st-pierre@diocesebm.fr

Bulletin d'inscription

NOM : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

Mail :

☐ Je désire recevoir le Sacrement des Malades au cours de la messe du 8 février 2026 à 10h30.

☐ Je ne peux venir par mes propres moyens, et j'ai besoin être transporté.

☐ Je serai présent dès 10h15 à l'église.

☐ Je souhaite qu'une personne soit désignée pour poser sa main sur mon épaule pendant le sacrement.

**Bulletin à retourner à l'adresse suivante
avant le 6 février 2026**

16 Avenue du Château d'Eau 90000 belfort - 03.84.21.10.44
paroisse-mere-teresa@diocesebm.fr
paroisse-st-pierre@diocesebm.fr