



**Service Evangélique des Malades
Aumônerie Hospitalière**

**PAROISSE SAINT JEAN DES MONTS
DIVION - HOUDAIN - REBREUVE**

***Vous connaissez une personne seule, malade ou isolée
Qui serait heureuse de recevoir des visites ou peut-être la communion***

Son nom et Prénom :

Son adresse : N° rue.....

Code Postal : 62..... Ville :

Son numéro de téléphone :

De la part de : votre nom, prénom :..... et n° Tél :.....

Merci de remettre ce document aux personnes responsables du S.E.M, au début de la messe : Jacques BONNET ou Francine FLAMENT. Merci

IPNS



**Service Evangélique des Malades
Aumônerie Hospitalière**

**PAROISSE SAINT JEAN DES MONTS
DIVION - HOUDAIN - REBREUVE**

***Vous connaissez une personne seule, malade ou isolée
Qui serait heureuse de recevoir des visites ou peut-être la communion***

Son nom et Prénom :

Son adresse : N° rue.....

Code Postal : 62..... Ville :

Son numéro de téléphone :

De la part de : votre nom, prénom :..... et n° Tél :.....

Merci de déposer ce document aux personnes responsables du S.E.M, au début de la messe : Jacque BONNET ou Francine FLAMENT. Merci

INPS