

FOYER CULTUREL MYRIAM ZANA

HACHKABOT

Prière annuelle pour les morts prononcée lors de l'office de Kipour avant la Neila

Je soussigné(e) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Souhaite qu'une HACHKABA soit prononcée à la mémoire des personnes suivantes :

☐ Hommes

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

☐ Femmes

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Et effectue un don de _____ € à l'ordre de FCMZ

**Le Yskor de Kipour se déroulera dans l'office
achkenaze le mercredi 9 octobre à 12h30**

A retourner à :

Synagogue : FCMZ BP 70966 75929 Paris Cedex17- Tél : 06 95 15 01 98
email : fcmz17@gmail.com

FOYER CULTUREL MYRIAM ZANA

BÉNÉDICTIONS

Bénédiction récitée lors de l'office de Kipour avant la Neila

Je soussigné (e) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

souhaite qu'une bénédiction soit prononcée pour les personnes suivantes :

☐ Hommes

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Prénom(s) hébraïque(s) : _____

☐ Femmes

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) hébraïque(s) : _____

Et effectue un don de _____ € à l'ordre de FCMZ

A retourner à :

Synagogue : FCMZ BP 70966 75929 Paris Cedex17- Tél : 06 95 15 01 98
email : fcmz17@gmail.com