



MMF

MOVIMENTO DA  
MENSAGEM DE FÁTIMA

## SECRETARIADO DIOCESANO Portalegre-Castelo Branco / 2026-2029

### INSCRIÇÃO \* RETIRO DIOCESANO de DOENTES –

[Devolver ao Secretariado até 16FEV2026]

#### DOENTE

Nome \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Paróquia \_\_\_\_\_

Telef: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ e-m@il: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Estado civil: casada/o  viúva/o  solteira/o

É mensageiro: sim  não

Outros dados que considere relevantes: dieta alimentar: \_\_\_\_\_

cuidados médicos: \_\_\_\_\_ outros \_\_\_\_\_

Se desejar almoçar no Seminário, assinale  [almoço 8€ (oito euros)]

Se traz acompanhante, preencha os dados a seguir:

#### O ACOMPANHANTE

Nome \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Paróquia \_\_\_\_\_

Telef: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ e-m@il: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Estado civil: casada/o  viúva/o  solteira/o

É mensageiro: sim  não

Outros dados que considere relevantes: dieta alimentar: \_\_\_\_\_

cuidados médicos: \_\_\_\_\_ outros \_\_\_\_\_

Se desejar almoçar no Seminário, assinale  [almoço 10 € (dez euros)]

#### O Responsável Diocesano/Paroquial que inscreve o doente:

Nome: \_\_\_\_\_

Secretariado:  cargo/Pastoral: \_\_\_\_\_ Presidente/Animador  do GAP de (Paróquia): \_\_\_\_\_

Responsável Pastoral/Sector: \_\_\_\_\_

Telef: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ e-m@il: \_\_\_\_\_

**Se participa no Encontro**, preencha os dados a seguir:

Idade: \_\_\_ data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Outros dados que considere relevantes: dieta alimentar: \_\_\_\_\_

cuidados médicos: \_\_\_\_\_ outros \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 2026 Assinatura: \_\_\_\_\_