

בית דין צדק דמאנטריאל

בית דין לענייני גרות

Tribunal Rabbinique ■ Rabbinical Court of Greater Montreal
 6825 Decarie Blvd., Montreal, Quebec, H3W 3E4 ■ Tel: (514) 739-6363 ■ Fax: (514) 739-7024
 courriel: ruthinstitutegeirus@gmail.com

DEMANDE DE CONVERSION

**Insert Photo
Here**

Le Judaïsme est une religion de vie. Tous nos gestes et toutes nos actions ont un but et un sens. Notre Torah, la source de notre loi, nous enseigne comment vivre une vie convenable et satisfaisante. Notre tradition et notre culture attachent beaucoup d'importance à la vie familiale et à la participation communautaire. Si vous êtes accepté(e) comme candidat(e) à notre programme de conversion, vous étudierez, pendant une période minimal d'un an, les connaissances de base indispensables pour mener une vie Juive religieuse. Vous aurez aussi l'occasion d'expérimenter le Chabbat et les Fêtes en participant de façon active à un mode de vie juive réel. Ce n'est qu'après avoir complété avec succès les cours et la participation religieuse que vous serez à même de décider, si vous voulez rentrer dans l'Alliance d'Israël en acceptant formellement de prendre sur vous toutes les lois de Moïse et d'Israël.

Si vous souhaitez rencontrer un coordinateur de programme pour compléter votre demande et vous expliquer le processus, un rendez-vous peut être établi pour vous en conséquence, sans délai. S'il vous plaît contacter Mme. Chana Feinstein au 438-876-8410, ou par courriel: chana.serraf@gmail.com.

S.V.P. Répondez a chaque question le plus complètement possible

IDENTIFICATION:

Nom de famille _____ Prénom _____ Autres prénoms _____

Nom à la naissance _____ État civile _____

Adresse _____ Apt. _____ Ville _____
Rue

Code postal _____ Adresse de courriel _____

Téléphone () _____ () _____
Maison Célulaire

Date de naissance _____ (Joindre une copie de l'acte de naissance)

Lieu de naissance _____

ÉDUCATION:

Éducation _____ Diplome /Certificat _____

Institution _____ Date d' éducation _____

EMPLOI:

Emploi Présentement _____ Fonction _____

Nombres d'années à cet emploi _____ Nom de l'employeur _____

Numéro de téléphone de l'employeur _____

Employeur précédent _____ Nombres d'années _____

INFORMATION FAMILIALE ET AUTRES RELATIONS**1. Père**

Nom _____ Lieu de naissance _____

Vivant? _____ âge _____ Proffesion _____

Religion _____ État civil _____

2. Mère

Nom _____ Nom à la naissance _____

Lieu de naissance _____

Vivante? _____ âge _____ Profession _____

Religion _____ État civil _____

3. Frère et soeurs

Noms des frères et soeurs _____

Avez-vous déjà été marié? _____ Avez-vous des enfants? _____

(Si oui, veuillez remplir les information ci-dessous.)

(3. Cont.)

Nom de l'enfant	Age	Habite avec vous	Vous visite

4. Autres relations

Avez vous une relation personnelle importante avec une personne de religion juive? _____

Si oui, veuillez lui faire remplir le **Questionnaire B** ci-joint.

QUESTIONS

Répondez à chaque question le plus complètement possible.

1. Décrivez votre passé religieux et le milieu familiale.

2. Quelle a été votre éducation religieuse jusqu'à présent ?

3. Depuis combien de temps avez-vous pensé à vous convertir au Judaïsme ? Comment votre intérêt a-t-il été éveillé ?

4. Quelle a été votre expérience Juive jusqu'à présent ?

5. Livres sur des sujets juifs que vous avez lus (titres, auteurs et éditions) et cours suivi.

6. Avez vous des problèmes de santé ? Si oui, veuillez expliquer.

7. Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels?

8. Etes vous présentement traité(e) par un médecin ou un thérapeute ?
Si oui, pourquoi ?

9. Y a-t-il ou y a-t-il eu des maladies sérieuses dans votre famille.
Précisez s'il-vou-plaît.

10. Etes vous parrainé(e) par un rabbin orthodox? Si oui, veuillez indiquer son nom, adresse et téléphone.

11. Veuillez indiquer les noms, adresses et telephones de deux répondants.

1. Nom_____ # de téléphone _____

Address_____ Relation_____

2. Nom_____ # de téléphone _____

Address_____ Relation_____

J'ai lu et complété cette demande de conversion de mon mieux. Des frais non remboursables de \$250.00 comptant sont exigés avec cette application avant qu'un rendez vous soit fixé avec la commission Rabbinique de Conversion.

Signature du (de la) candidat(e)

Date à laquelle le formulaire est rempli

QUESTIONNAIRE B

(Pour le partenaire Juif))

IDENTIFICATION:

Nom de famille _____ Prénom _____

Lieu de naissance _____ Date de naissance _____

Adresse _____ Apt. _____ Ville _____
Rue

Code postal _____ Courriel _____

Téléphone () _____ () _____
Maison Célulaire**EMPLOI**

Place d'emploi _____ Position _____

Nombres d'années _____ Nom de l'employeur _____

de telephone de l'employeur _____

INFORMATION PERSONNELLE

État Civil _____ Avez vous des enfants? _____

Si oui, quelle sont leurs âges? _____

Juif de naissance? _____ Si non, converti par Rabbin _____

Adopté? _____

Père

Père est-il Cohen, Levi ou Israël? _____ Père est-il vivant? _____

Proffesion _____ état civile _____

Mère

Nom et prénom(s) de la mère _____

Mère née d'une mère Juive? _____ Si non, converti par Rabbin _____

Mère a-t-elle été adoptée ? _____ Nom à la naissance _____

Nom Hébreu _____ Mère est-elle vivante? _____

Etat civil _____ Profession _____

Questions

1. Décrivez votre éducation Juive formelle et informelle jusqu'à aujourd'hui?

2. Combien de temps connaissez vous votre partenaire? _____

3. Etes vos parents au courant de cette relation? _____

4. Etes vous prêt à assister à des cours et de participer complètement dans ce processus ? _____

J'ai lu et j'ai complété cette demande de conversion de mon mieux .

Signature du (de la) partenaire

Date