



أبائي الأحياء كهنة الإيبارشية

بعد تقبيل أياديكم وطلب صلواتكم.

بمشيئة الرب سيعقد مؤتمر للشباب المتكلم باللغة العربية و ذلك في الفترة من:
الجمعة 15 أكتوبر إلى الأحد 17 أكتوبر 2010

St. Stephen Retreat Center
Titusville, Florida
(/ <http://retreatcenter.suscopts.org>)

وسيكون مكان المؤتمر في:

St. Stephen Coptic Orthodox Church & Retreat Center
4951 S. Washington Ave.
Titusville, Florida 32780

و أقرب مطار لهذا المكان هو مطار أورلاندو - فلوريدا

وسيبارك المؤتمر هذا العام حضرة صاحب النيافة الأنبا مكاريوس الأسقف العام المساعد بابيارشية المنيا &
حضرة صاحب النيافة أسقفنا المحبوب الأنبا يوسف.

وتدور موضوعات المؤتمر حول الشعار:

" ليكون فيهم الحب الذي أحببتي به " (يو 17:26)

وسيناقش المؤتمر من خلال هذا الشعار بعض الموضوعات التي تهم الشباب مثل :
نظرة مسيحية للعلاقة بين الجنسين ... الحب داخل و خارج إطار الزواجبالإضافة إلى دراسة الكتاب المقدس.

برجاء التنبيه على الشباب في الكنيسة و تشجيعهم على المشاركة و الإستفادة.

مرسل أيضا إستمارة التسجيل كما أنها موجودة على web site الخاص بالإيبارشية.

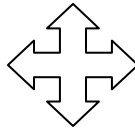
قيمة الإشتراك 125 دولار أمريكي (\$125.00)

آخر موعد للإشتراك و التسجيل الأحد 10 أكتوبر 2010

صلواتكم من أجل هذا المؤتمر .

ملحوظة :

+ يمكن الإتصال بالأخ نصر كامل في دالاس لأية إستفسارات ورقم تليفونه : (817) 615-7941



المؤتمر السابع للشباب الناطق باللغة العربية

من الجمعة 15 أكتوبر- الأحد 17 أكتوبر 2010
" لِيَكُونَ فِيهِمُ الْحُبُّ الَّذِي أَحْبَبْتَنِي بِهِ " (يو:17:26)

Application Form

Name of Applicant (الاسم): _____

Home Address (العنوان) : _____ City: _____ State: ___ Zip: _____

Phone (التليفون): _____

Email: _____

Church Name (الكنيسة): _____

Church City and State (عنوان الكنيسة): _____

Church Priest Name (كاهن الكنيسة): _____

Emergency Medical Information (معلومات طوارئ طبية)

Emergency Contact Person (اسم للاتصال في حالة الطوارئ): _____

Contact Person's Phone (تليفون للاتصال في حالة الطوارئ): (____) _____ - _____

Doctor's Name and Phone Number (اسم الدكتور وتليفونه): _____

Insurance Company & Policy # (شركة التأمين): _____

Any special circumstances regarding the participant (allergies, etc.):
(اي ظروف طبية خاصة مثل الحساسية)

Registration Fee (رسوم التسجيل): \$125

(Including room and board, transportation is not included)

Please send Application Form and Registration Fee by **October 10th 2010** to the following address:

(عنوان المراسلة)

St. Philopateer Coptic Orthodox Church

1450 E. Campbell Road

Richardson, TX 75081