

HOSPITALITE SAINT ROCH

Tel : 06 37 96 20 46

PELERINAGE DIOCESAIN

à Lourdes du **15 au 19 Juillet 2024**



Pèlerin présenté par

Adresse

Téléphone Courriel

1) DEMANDE D'ADMISSION DE PELERIN MALADE

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal Commune

Téléphone Adresse électronique

**PHOTO
RECENTE
OBLIGATOIRE**

demande à la Direction des pèlerinages et à l'Hospitalité Saint Roch de m'accepter comme pèlerin durant le pèlerinage à Lourdes du **lundi 15 au vendredi 19 juillet 2024**. Je m'engage à observer le règlement du pèlerinage.

Accompagnant éventuel

(Personne qui me suivra durant tout le pèlerinage, qui dormira dans la même chambre que moi et mangera à ma table).

Nom Prénom.....

Téléphone Lien avec le malade

Quelques renseignements obligatoires à nous fournir : (Rayez les mentions inutiles)

1) Si je suis accepté(e), je prendrais le car à : - **Montpellier**, - **Gignac**, - **Béziers**.

2) Dans le car m'amenant à Lourdes je voyagerai : (Rayez les mentions inutiles)

- **Assis(e) en place ordinaire** - **Assis(e) dans mon fauteuil roulant** { **électrique** - **Couché(e)**
{ **manuel**

3) Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom.....

Adresse.....

Tél. fixe..... Tél. portable.....

Lien avec le malade :

4) Personne qui assurera mon transfert au retour (le 19 juillet) de l'arrêt du car à mon domicile :

Nom et prénom.....

Adresse.....

Tél. fixe..... Tél. portable.....

A....., le.....2024

SIGNATURE (lisible)

(Remplir également le verso)

2) ENGAGEMENTS DU PELERIN MALADE

Je soussigné(e) (prénom et nom du pèlerin malade)
agé(e) de ans, demeurant à (commune de votre domicile)

reconnais choisir de me rendre librement et en pleine connaissance de cause à Lourdes du 15 au 19 juillet 2024 dans le cadre du pèlerinage diocésain.

Avant de signer, je déclare que :

- J'ai été informé que le moyen de transport retenu pour ce déplacement à l'aller comme au retour est un autocar.
- J'ai été informé que je serai hébergé à l'Accueil Notre Dame dont le statut administratif est celui d'un établissement non médicalisé recevant du public (ERP) agréé pour le suivi des pèlerins malades qui y sont hébergés.
- J'ai été informé que des professionnels de santé bénévoles m'accompagneront dans ce pèlerinage tant au cours de mon transport aller et retour, que durant mon séjour à Lourdes.
- J'ai été informé que ces professionnels de santé bénévoles assureront dans cet Accueil le suivi de mon dossier médical complété par mon médecin traitant.
- J'ai été informé que, si mon état de santé le nécessitait, il serait envisagé de m'hospitaliser au Centre hospitalier le plus proche de l'Accueil Notre Dame.
- J'ai été informé que d'éventuelles photographies pourraient être utilisées dans le cadre des actions menées par l'Hospitalité Saint Roch.

Fait à Signature (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)
le.....2024

3) A compléter pour les pèlerins malades mineurs ou majeurs sous tutelle ou curatelle :

Je soussigné - Parent - Tuteur - Curateur -
(Rayer les mentions inutiles)
autorise M, Mme, Mlle.....

à participer au pèlerinage à Lourdes du 15 au 19 juillet 2024 selon la demande d'admission remplie au §1. Je reconnais que j'ai été informé des renseignements mentionnés au § 2 et j'approuve les engagements de ce même paragraphe.

Mon téléphone :

Mon adresse électronique :

A, le.....2024

SIGNATURE (lisible)

4) PAIEMENT :

Le prix du pèlerinage est de 430 euros

Nous vous proposons de régler un acompte de 100 euros à l'inscription et le solde de 330 euros lors du pèlerinage.

Cette somme vaudra acompte si je suis retenu(e) pour participer au pèlerinage.

Cette somme me sera remboursée si je ne suis pas retenu(e).

Les paiements peuvent se faire :

➔ Par chèque à l'ordre de « Hospitalité Saint Roch »

➔ Par virement : IBAN : FR76 1350 6100 0009 5488 7400 049 Code SWIFT : AGRIFRPP835

En cas de difficultés financières, je peux contacter le président ou le trésorier de l'Hospitalité.

