



DEMANDE D'INSCRIPTION AU PÈLERINAGE DU 17 AU 21 JUILLET 2025

Ce formulaire est à retourner avant le **18 Juin 2025** à :

✉ malades@hospitalitesaintroch.fr

📄 *Hospitalité St Roch, 22 avenue de la Marjolaine, 34110 FRONTIGNAN*



☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

NOM*

Prénom*

Téléphone de contact* Date de naissance* / /

E-mail de contact* @

Adresse*

CP* Ville*

Si vous souhaitez que le courrier d'acceptation soit envoyé à une autre adresse, veuillez l'indiquer ici :

Destinataire*

Adresse*

CP* Ville*

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

*(Sauf si envoyée
pèlerinage
précédent)*

☐ La personne inscrite sera accompagnée (dans ce cas, remplir la fiche « Accompagnant » jointe).

Est-ce le premier pèlerinage de la personne inscrite*? ☐ Oui ☐ Ne sait pas ☐ Non

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM*		Prénom*	
Téléphone*		Lien avec le malade*	

☐ Ne pas contacter de nuit

Religion

Quel(s) sacrement(s) avez-vous reçus ?*	☐ Baptême	☐ Confirmation	Êtes-vous pratiquant ?*	☐ Fréquent
	☐ Eucharistie (1ere Com.)	☐ Sacrement des Malades		☐ Occasionnel

Le Sacrement des Malades vous sera proposé sur place.

Transport

1. Le trajet en car dure environ 6 heures. Si votre état de santé le permet, il est recommandé, pour votre confort, de choisir une place en siège ordinaire et de placer, le cas échéant, votre fauteuil roulant **mécanique** dans la soute.
2. Un ascenseur est mis à disposition dans le car pour faciliter la montée et la descente si nécessaire.

Départ

Lieu* : ☐ Montpellier ☐ Gignac ☐ Béziers

Position* :

- ☐ Assis en place ordinaire
- ☐ Assis en fauteuil roulant mécanique
- ☐ Assis en fauteuil roulant électrique
- ☐ Allongé (si pas de possibilité de faire autrement)

Personne qui me déposera à l'aller :

NOM/Prénom Téléphone mobile

Personne qui me récupérera au retour (si différent de l'aller) :

NOM/Prénom Téléphone mobile

Mesure de protection*(Si le malade est sous protection juridique)*
☐ Tutelle
☐ Curatelle
☐ Habilitation familiale¹
☐ Mandat de protection future¹
¹Fournir un justificatif.

Je soussigné(e), _____, représentant légal du malade, autorise sa participation au pèlerinage à Lourdes du 17 au 21 Juillet 2025 conformément à la demande d'admission remplie, organisé par le Diocèse de Montpellier en collaboration avec l'Hospitalité Saint Roch.

Téléphone : _____ E-mail de contact* _____ @ _____

Cachet obligatoire de l'organisme le cas échéant

Signature

Précédée de la mention : « Lu et approuvé »

Habitudes de vie

LIEU DE VIE	Vit : * ☐ En structure ☐ À domicile	
AIDE TECHNIQUE	Pour les déplacements quotidiens* : ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Fauteuil roulant électrique	
	Pour les soins* : ☐ Chaise de douche ☐ Lit Douche ☐ Lève personne ☐ Verticalisateur	
ENVIRONNEMENT	Lit* : ☐ Médicalisé ☐ Électrique ☐ Barrières ☐ Potence	
	Type de matelas* : ☐ Matelas classique ☐ Mémoire de forme ☐ Air	
INCONTINENCE*	☐ Non ☐ Oui => ☐ Urinaire ☐ Fécale	
AUTONOMIE	Pour la toilette* : ☐ Seul(e) ☐ Avec Aide partielle (ex : aide pour le bas du corps) ☐ Avec Aide complète	Pour l'habillage* : ☐ Seul(e) ☐ Avec Aide partielle ☐ Avec Aide complète
REMARQUE SUPPLEMENTAIRE		

Alimentation

Fausse routes*	☐ Pas de risque ☐ Liquides ☐ Solides
Régime*	☐ Normal ☐ Sans sel ☐ Sans fibres ☐ Sans sucres
Texture*	☐ Normale ☐ Petits morceaux ☐ Viande mixée ☐ Mixée
Hydratation*	☐ Eau plate ☐ Paille ☐ Eau gélifiée stricte
Autonomie*	☐ Autonome pour la prise alimentaire ☐ Stimulation pour la prise alimentaire
	☐ Aide partielle pour la prise alimentaire ☐ Aide totale pour la prise alimentaire
Dispositifs médicaux	☐ Prothèse dentaire => ☐ Haut ☐ Bas
	☐ Rebord d'assiette ☐ Couverts ergonomiques
REMARQUE	

Merci d'indiquer les coordonnées de la personne qui a rempli la page 1 et 2 du formulaire d'inscription* :*Ces coordonnées permettent à la commission médicale de vous contacter pour des précisions ou informations complémentaires.*Hospitalier de Saint Roch* : ☐ Oui ☐ Non

NOM* _____ Prénom* _____

E-mail de contact* _____ @ _____

Mobile de contact* _____

DOSSIER MÉDICAL

⚠ À remplir par le Médecin Traitant, un professionnel de santé ou une personne proche du malade.

Le Dr Josiane GATEAU, médecin responsable et déléguée par le collège médical de l'Hospitalité St Roch, prie le médecin traitant, tout autre professionnel de santé ou aidant impliqué, de bien vouloir transmettre les informations médicales nécessaires concernant ce patient. Ces renseignements permettront d'assurer la mise en œuvre du protocole thérapeutique défini par le médecin traitant et de garantir une continuité optimale des soins ainsi qu'une surveillance adaptée pendant son séjour à Lourdes.

Pathologie principale*

Diagnostic(s) psychiatrique(s) éventuel(s)*

Autres pathologies* :

Antécédents* :

Allergie(s)* :

Intolérance(s)* :

GIR* (Échelle pour les malades dépendants)	Entourez le chiffre correspondant :
	1 2 3 4 5 6 Lourd → Léger
Sérologie positive	☐ HIV ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C
Poids (kg)	
Taille (cm)	
Risque de fugue*	☐ OUI ☐ NON

Déficiences sensorielles ou de communication*	
Difficultés d'élocution*	☐ Oui ☐ Non
Aphasie*	☐ Oui ☐ Non
Communication non verbale ou par des outils d'aide au langage*	☐ Oui ☐ Non
Malentendant*	☐ Oui ☐ Non
Prothèses auditives*	☐ Oui ☐ Non
Malvoyant*	☐ Oui ☐ Non

Pansements*

Veuillez indiquer les soins de pansements à effectuer pendant le séjour et joindre l'ordonnance :

Soins d'escarres* : ☐ OUI ☐ NON

Soins paramédicaux*

☐ Soins infirmiers / Numéro du cabinet infirmier :

☐ Soins de kinésithérapie / Précisez :

Dispositifs médicaux	
Pénilex*	☐ OUI ☐ NON
Sonde urinaire*	☐ OUI ☐ NON
Stomie*	☐ OUI ☐ NON
PPC*	☐ OUI ☐ NON
Oxygénothérapie*	☐ OUI ☐ NON
Trachéotomie*	☐ OUI ☐ NON
Nutrition entérale	☐ Oui <i>Apporter : Pompe, tubulures, poches de nutriments pour la durée du séjour</i>
Auto-sondage	☐ OUI ☐ NON
Autonome Stomie	☐ OUI ☐ NON
Prestataire + Tél	
Prestataire + Tél	
Volume	JOUR L NUIT L
Débit	Eau Nutriments

Coordonnées du Médecin Traitant

NOM : Prénom :

E-mail de contact :

Mobile de contact : Numéro RPPS :

Traitements			
Anti-coagulants*	☐ OUI ☐ NON	Gestion du traitement à Lourdes*	☐ En autonomie, par le malade
Insuline*	☐ OUI ☐ NON		☐ Par l'accompagnant du malade
Morphine ou opioïdes*	☐ OUI ☐ NON		☐ Par les I.D.E.

PRESCRIPTION :  Apporter la dernière ordonnance et le pilulier contenant les médicaments nécessaires pour toute la durée du pèlerinage.

Médicament(s) : <i>(Écrire en lettres capitales)</i>	POSOLOGIE			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

Merci d'indiquer les coordonnées de la personne qui a rempli la page 3 et 4 du formulaire d'inscription* :
Ces coordonnées permettent à la commission médicale de vous contacter pour tout complément d'informations.

☐ Médecin Traitant ☐ Professionnel de santé ☐ Personne proche du patient ☐ Hospitalier de Saint Roch

Si vous êtes le médecin traitant, vous avez déjà rempli vos coordonnées. Ne le faites pas à nouveau, mais cochez la case !
Si vous avez aussi rempli la première partie, vous avez déjà rempli vos coordonnées. Ne le faites pas à nouveau !

NOM* Prénom*

E-mail de contact* @

Mobile de contact* Numéro RPPS

Je reconnais avoir été informé que le transport pour ce déplacement, à l'aller comme au retour, se fera en autocar, que je serai hébergé à l'Accueil Notre Dame, un établissement agréé pour accueillir des pèlerins malades, et que des professionnels de santé bénévoles m'accompagneront tout au long du pèlerinage, assurant le suivi de mon dossier médical. Je m'engage à régler les frais d'inscription au pèlerinage qui s'élèvent à 450 €. En cas de nécessité, une hospitalisation au centre hospitalier le plus proche pourra être envisagée. J'autorise l'Hospitalité Saint Roch et le Diocèse de Montpellier et ses éventuels prestataires à réaliser des prises de vue où je figure pour une parution publique. En cas de refus, je coche cette case : ☐.

SIGNATURE du malade inscrit ou, en cas d'incapacité, de son représentant légal, accompagnée d'un cachet officiel *si applicable* :

Toutes les données collectées sont enregistrées et traitées par l'Hospitalité Saint Roch et le Diocèse de Montpellier conformément aux normes RGPD et à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, ou de suppression des données vous concernant.

Contact : contact@hospitalitesaintroch.fr