



# Pèlerinage National - Lourdes 2023

## 1. Fiche d'inscription et d'accompagnement

N° inscrit (cf plateforme) :  
23COM \_ \_ \_ \_ \_

(A reporter sur fiche de renseignements médicaux et de consentement éclairé)

Blank space for photo or other information.

VOYAGE	
ALLER	RETOUR
<input type="checkbox"/> Car (Comité) : _____	<input type="checkbox"/> Car (Comité) : _____
Lieu départ : _____	Lieu retour : _____
<input type="checkbox"/> Train (couleur) : _____	<input type="checkbox"/> Train (couleur) : _____
Gare départ : _____	Gare retour : _____
<input type="checkbox"/> Par mes propres moyens	<input type="checkbox"/> Par mes propres moyens

photo de face

**A COLLER**

**Ou à insérer sur dossier informatique : dans ce cas merci de cocher l'onglet**

- Pèlerin malade ou handicapé  
 Pèlerin accompagnateur logé en Accueil  Hospitalier accompagnateur logé en Accueil

### 1 - AFIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE

M,  Mme,  Mlle,  Père,  Frère  Sœur - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

N'étant pas à cette adresse dans les 10 jours avant le départ du pèlerinage, je souhaite recevoir les dernières informations à l'adresse suivante :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire,  Marié,  Veuf,  Divorcé, Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

**Apporter carte vitale et carte de mutuelle lors du pèlerinage**

En cas d'urgence, NOM de votre correspondant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de Parenté :  Famille (préciser le lien familial) \_\_\_\_\_  Ami

Son adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Je vis seul (e)  Je vis en famille  Je vis en établissement

Ma profession : \_\_\_\_\_ Ma profession antérieure \_\_\_\_\_

Je suis sous curatelle Nom et adresse de mon curateur : \_\_\_\_\_

Je suis sous tutelle Nom et adresse de mon tuteur : \_\_\_\_\_

### 2 - AUTONOMIE MOTRICE

Je pèse \_\_\_\_\_ Je mesure \_\_\_\_\_

Je peux me lever	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux me laver	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux m'habiller	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux manger et boire	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je dois aller au WC	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)

J'ai besoin de barrières à mon lit :  Oui  Non

J'ai besoin d'un matelas anti-escarre :  Oui  Non

J'ai une prothèse dentaire :  Oui  Non

J'utilise un appareil pour apnée du sommeil :  Oui  Non

Je suis sous oxygène :  Oui  Non

Mon fournisseur est : \_\_\_\_\_

J'utilise un extracteur d'oxygène  Oui  Non

### 3 - MODE D'ALIMENTATION – REGIME

Alimentation :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Haché (type viande hachée)	<input type="checkbox"/> mixé (type purée)	
Régime :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> diabétique	<input type="checkbox"/> diabétique & sans sel	<input type="checkbox"/> végétarien
	<input type="checkbox"/> sans fibres	<input type="checkbox"/> sans gluten	<input type="checkbox"/> sans sel	<input type="checkbox"/> sans alcool
Repas :	<input type="checkbox"/> En salle à manger	<input type="checkbox"/> En chambre allongé	<input type="checkbox"/> Risque de fausses routes	

### 4 - CONDITIONS DE DEPLACEMENT ET DE STATIONNEMENT A LOURDES

<input type="checkbox"/> à pied	<input type="checkbox"/> dans mon fauteuil personnel mécanique	<input type="checkbox"/> dans mon fauteuil personnel électrique,
<input type="checkbox"/> en petite voiture	<input type="checkbox"/> sur un brancard	
<input type="checkbox"/> j'aurai une canne	<input type="checkbox"/> j'aurai un déambulateur	

### 5 – COMMUNICATION

Oreilles	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Malentendant appareillé	<input type="checkbox"/> Malentendant non appareillé
	<input type="checkbox"/> Sourd Gestuel	<input type="checkbox"/> Sourd non gestuel	
Vue	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Malvoyant	<input type="checkbox"/> Non voyant
Parole	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Impossible

### 6 - ACTIVITES PENDANT LE PELERINAGE

A quelle activité souhaitez-vous participer ?

<input type="checkbox"/> Pélé Adulte	<input type="checkbox"/> Activités jeunes (18/35 ans)
<input type="checkbox"/> Pélé Espoir (adultes handicapés mentaux)	<input type="checkbox"/> Pélé Soleil (8/14 ans)
<input type="checkbox"/> Pélé Eveil (Pèlerinage en famille avec un enfant handicapé au sein de la famille)	<input type="checkbox"/> Pélé Mosaïque
<input type="checkbox"/> Sourds (langue des signes et appareillés)	<input type="checkbox"/> Petits Frères des Pauvres
<input type="checkbox"/> Chrétiens d'Orient	

### 7- HEBERGEMENT A LOURDES

Souhaitez-vous être hébergé (e) avec une personne en situation de handicap de votre choix  Oui  Non

Si OUI, son NOM et son Prénom \_\_\_\_\_  Conjoint  Famille  Ami

Si vous êtes déjà venu(e) à Lourdes, souhaitez-vous, **dans la mesure du possible**, être dans une unité précise  Oui  Non

Si OUI, laquelle ? \_\_\_\_\_

Devez-vous être logé(e) avec un **accompagnateur valide** :  Oui  Non

Si OUI, son NOM et son Prénom \_\_\_\_\_  Conjoint  Autre

### **Réservé au comité**

Date de réception de ce dossier \_\_\_\_\_ / 2023 par : Prénom NOM \_\_\_\_\_

Commentaires :



## 6) Traitement :

- Traitement :  oui  non
- Traitement à donner :  oui  non



**La personne que vous nous confiez doit être munie :**

- de son traitement pour 7 jours (prévoir un semainier, portant ses nom et prénom)
- de son matériel (pansements, sondes, protections.)
- de sa dernière ordonnance (de moins d'un mois), de sa carte VITALE et de son Attestation de Mutuelle complémentaire à jour.

Le Traitement doit être indiqué en MAJUSCULES, en précisant la voie d'administration, y compris pour l'insuline

Traitement	Posologie	Matin	Midi	Soir	Nuit	Voie d'administration

## 7) Transport :

- Transport :  assis  position semi-assise  allongé
- Type de Transport :  TGV comité  Car Comité  par ses propres moyens

Bien confraternellement

Docteur Claude Barbillon, Médecin responsable du Pèlerinage National

Nom du médecin traitant : .....

N° de téléphone : .....

Date : .....

Cachet & Signature du médecin traitant :

Cachet & Signature du médecin du comité :

*Document établi à la demande du patient et remis en main propre à l'intéressé.*

**Observations éventuelles sur votre patient :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cher ami Pèlerin,

Vous souhaitez participer au Pèlerinage National à Lourdes organisé par l'Association Notre Dame de Salut, organisme à but non-lucratif. Vous êtes désireux de vous associer à une démarche de prière et d'espérance auprès de la Vierge Marie.

L'organisation de ce pèlerinage doit obéir, pour assurer le confort et la sécurité de tous, à certaines règles que nous vous demandons de respecter. Avant votre départ, un dossier sera rempli avec votre participation, et les renseignements que vous nous donnerez devront être aussi précis que possible car ils guideront les conditions de votre voyage et de votre séjour.

Le voyage (train normal ou médicalisé, autocar normal ou médicalisé) sera réalisé en groupe avec un accompagnement religieux et de professionnel(s) de santé, bénévole(s) de l'Association. Il vous amènera directement à votre lieu d'hébergement (accueil adapté). Il est possible de vous rendre à Lourdes par vos propres moyens. Dans tous les cas, **vous devez vous munir de la copie de votre dernière ordonnance (de moins d'un mois), de vos médicaments pour la durée du séjour (7 jours)**. Par ailleurs ayez sur vous vos médicaments nécessaires pour le voyage (prévoir 24h). Ayez aussi votre carte vitale et carte de mutuelle à jour (pas de photocopie).

Compte tenu des inévitables contraintes de la vie en groupe, il vous sera demandé de respecter les consignes de l'Association et de l'accueil où vous serez logé, notamment quant aux heures de repas et de coucher. Si votre état de santé vous permet une mobilité individuelle, n'oubliez pas de prévenir de toute absence. Si vous ne le faisiez pas, vous comprendrez que, pour des raisons sécuritaires, nous soyons contraints d'avertir les autorités publiques, afin que des recherches puissent être entreprises.

Ce pèlerinage entraîne des frais incompressibles. Le prix, indiqué dans le dossier, comprend le voyage, le séjour et les frais administratifs indispensables (variable selon votre ville de résidence). Tous les « Hospitaliers » qui seront à votre service sont bénévoles.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement et vous souhaitons un agréable séjour et surtout un pèlerinage qui vous soit profitable et réponde à vos attentes.

L'équipe de direction du Pèlerinage National

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE.**

Les signataires\* ci-dessous, adultes capables, certifient avoir pris connaissance du présent document et s'engagent à en respecter scrupuleusement les termes. Ils s'engagent à se conformer aux mesures de prévention instaurées pour assurer la sécurité de tous (telles qu'elles ont été exposées dans le document d'information « Protocole et engagement ». Ils sont conscients qu'une contamination reste possible lors du voyage et du pèlerinage, compte tenu de l'imprévisibilité et des aléas liés à la pandémie actuelle. Ils autorisent l'Association Notre-Dame de Salut à collecter et traiter les données de l'ensemble du dossier d'inscription (fiche d'inscription et d'accompagnement, fiche de renseignements médicaux, consentement éclairé). Les données collectées permettent de gérer la sécurité sanitaire, le confort, le suivi, l'accompagnement pour le voyage, l'hébergement et les activités lors du pèlerinage. Elles seront conservées jusqu'à la fin du pèlerinage en cours.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation des traitements, à la portabilité des données, à connaître le sort des données après la mort. Vous pouvez vous adresser à [personnes\\_malades@pelerinage-national.org](mailto:personnes_malades@pelerinage-national.org)

<b>LE PELERIN,</b> P. - Fr. - Sr. - M. - Mme. - Mlle. : Nom – prénom	<b>LE REPRESENTANT LEGAL,</b> P. - Fr. - Sr. - M. - Mme. - Mlle. : Nom – prénom	<b>LA PERSONNE ACCOMPAGNANT :</b> P. - Fr. - Sr. - M. - Mme. - Mlle. : Nom – prénom
Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)
Signature :	Signature :	Signature :
Date : ..... / 2023	Date : ..... / 2023	Date : ..... / 2023

***Ce document est établi en deux exemplaires : un exemplaire vous est destiné et l'autre est remis au comité régional de l'Association Notre-Dame de Salut, pour la constitution du dossier du pèlerin.***

\***SIGNATAIRES** : Tout pèlerin malade et/ou handicapé, ou son représentant légal identifié et son accompagnant inscrit par l'Association Notre Dame de Salut.