



Pèlerinage National - Lourdes 2025

1. Fiche d'inscription et d'accompagnement

N° inscrit (cf. plateforme) :
25COM _____

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

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

À 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 : _____ Âge : _____ 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 : _____

Autorisez-vous la diffusion de vos photos et vidéos sur nos supports de communication tels que télévision, site internet, réseaux sociaux et journaux ? Oui Non

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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
J'utilise un appareil pour apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
J'ai une prothèse dentaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

3 - MODE D'ALIMENTATION – RÉGIME

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 DÉPLACEMENT ET DE STATIONNEMENT À 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	<input type="checkbox"/> je crains le stationnement au soleil

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 – BESOINS SPÉCIFIQUES

Je suis sous oxygène :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
J'utilise un extracteur d'oxygène :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mon fournisseur est : _____
J'ai besoin d'un matelas anti-escarre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

7- HÉBERGEMENT À LOURDES

Souhaitez-vous être hébergé (e) avec une personne en situation de handicap de votre choix	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, son NOM et son Prénom _____	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Ami
Si vous êtes déjà venu(e) à Lourdes, souhaitez-vous, dans la mesure du possible, être dans une unité précise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, laquelle ? _____			
Devez-vous être logé(e) avec un accompagnateur valide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, son NOM et son Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Autre	

8 - AU CHOIX : ACTIVITÉ OU SERVICE PENDANT LE PÈLERINAGE

À quelle activité souhaitez-vous participer ?	
<input type="checkbox"/> Pélé Adulte	<input type="checkbox"/> Pélé Nevers/Espoir (adulte avec handicap mental)
<input type="checkbox"/> Pélé Bergerie (Enfant de 0 à 8 ans seul ou en famille)	<input type="checkbox"/> Sourds (langue des signes et appareillés)
<input type="checkbox"/> Pélé Bartrès (Enfant de 9 à 14 ans seul ou en famille)	<input type="checkbox"/> Pélé Mosaïque
<input type="checkbox"/> Pélé Massabielle/Éveil (Jeune de 15 à 25 ans seul ou en famille)	<input type="checkbox"/> Petits Frères des Pauvres
Dans le cadre du pèlerinage, souhaitez-vous servir ?	
<input type="checkbox"/> HandiMission (possibilité de service adapté)	

Réservé au comité

Date de réception de ce dossier _____ / 2025 par : Prénom NOM _____
Commentaires :

Pèlerinage National - Lourdes 2025

2. Fiche de renseignements médicaux

Visa de la
commission médicale

Comité de : Président :
 Train/Car :
 Accueil : Chambre :

Date :

1) Renseignements administratifs :

N° d'inscrit (cf. plateforme) : 25COM.....
 Noms : Prénoms : Sexe :
 Date de naissance : __/__/____ N° SS : __/__/__/__/__/__/__/____

Le Docteur Claude Barbillon (06 60 69 20 01), médecin responsable du Pèlerinage National, prie le médecin traitant de bien vouloir lui communiquer tous les renseignements médicaux concernant son patient afin que celui-ci puisse bénéficier d'un suivi médical adapté à son état.
 Le dossier médical est destiné aux médecins du pèlerinage dans le strict respect du secret médical.
 Un courrier vous sera adressé en cas d'évènement notable durant le pèlerinage.

2) Pathologie actuelle :

.....

Poids : Taille :

3) Antécédents médico-chirurgicaux :

.....

4) Pendant le séjour :

- Oxygène Oui Non
- Pansement Oui Non (cf. ordonnance)
- Injection Oui Non
- Hémodialyse Oui Non
- Risque de fausse route Oui Non
- Troubles cognitifs Oui Non
- Désorientation temporo-spatial nécessitant une surveillance Oui Non
- Dialyse péritonéale Oui Non
- Apnée du sommeil Oui Non

Port du masque Possible Impossible
 Séance de kinésithérapie Oui Non

5) Traitement :

- Pas de traitement
- Autonome dans la prise de traitement
- Traitement à donner



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

6) 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 :

.....
.....
.....

Pèlerinage National - Lourdes 2025

3. Informations et attestation de consentement éclairé

N° d'inscrit :
25COM _____

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 comprendriez 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 ÉCLAIRÉ.

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. Ils sont conscients qu'une contamination reste possible lors du voyage et du pèlerinage. 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

LE PELERIN, P. - Fr. - Sr. - M. - Mme - Mlle : Nom – prénom Lu et approuvé (manuscrit) Signature : Date : / 2025	LE REPRESENTANT LEGAL, P. - Fr. - Sr. - M. - Mme - Mlle : Nom – prénom Lu et approuvé (manuscrit) Signature : Date : / 2025	LA PERSONNE ACCOMPAGNANT : P. - Fr. - Sr. - M. - Mme - Mlle : Nom – prénom Lu et approuvé (manuscrit) Signature : Date : / 2025
--	---	---

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.