DOSSIER D'INSCRIPTION DES PERSONNES MALADES
Le pèlerinage diocésain se déroulera du 7 au 12 avril 2024
A retourner impérativement avant le 20 février
Secrétariat médical Hospitalité
Mme Blanchard 3 avenue de l'ile de Migneaux 78300 - Poissy

N° dossier HNDL

Recu le :

M, Mme, Mlle, Sœur, Père:..... Prénom.....

Né (e) le ...../...../..... Adresse :.....

Complément d'adresse : bâtiment, institution, Ehpad : .....

Code Postal..... Ville :.....

Tél. fixe :..... ..... mobile :..... E-mail :.....

Pour les malades en institution, Ehpad : poste ou service .....

Vous vivez : ☐ Seul(e) à votre domicile ☐ En institution ☐ En famille Sexe : ☐ M ☐ F

Nombre de pèlerinage(s) avec l'Hospitalité ..... Date du dernier pèlerinage .....

N° Sécurité Sociale : ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Paroisse : ..... Foulard Rouge : ☐

J'autorise la diffusion sur supports audiovisuels: ☐ OUI ☐ NON

J'autorise la publication de mes coordonnées dans l'annuaire de l'Hospitalité ☐ OUI ☐ NON

Souhait d'hébergement: Si accord de la commission médicale : ☐ Accueil Notre Dame (480 €)

Hôtels ☐ C3 (500€) ☐ Suppl ch seule (110€) ; ☐ C2 (580€) ☐ Suppl ch seule (140€) ; ☐ C1 (640€) ☐ Suppl ch seule (140€)

Règlement: ☐ par virement ☐ par carte bancaire à l'ordre de BIPEL Versailles Pèlerinages ☐ par chèque à l' ordre de Bipel

Votre transport entre votre domicile et le lieu de départ pour Lourdes (aller et retour) peut être assuré par:

Aller: Nom ..... Prénom ..... Mobile ..... Email .....@.....

Retour: Nom ..... Prénom ..... Mobile ..... Email .....@.....

Venez-vous seul(e) en pèlerinage à Lourdes: ☐ Oui

Si vous venez accompagné(e) : par ☐ une personne malade, ☐ un soignant habituel, ☐ un Hospitalier, ☐ en famille

précisez s'il s'agit d'un conjoint, un enfant, en fratrie, un ami,.....

Personne à prévenir: Nom :..... Prénom.....

Lien de parenté ou représentant légal :..... Adresse :.....

Code Postal.....Ville..... Tél. fixe.....Tél.mobile.....

Email :.....@.....

Nom de la personne qui vous a proposé le pèlerinage : Nom: ..... Prénom: .....

Adresse..... Code Postal.....Ville.....

Tél.fixe ..... Tél.mobile: ..... e-mail:.....@.....

Tuteur-Curateur : Nom de l'organisme : .....

Nom..... Prénom..... Adresse: .....

Code Postal ..... Ville..... Tél. fixe..... Tél.mobile.....

e-mail.....@.....

Association Loi 1901 enregistrée en Préfecture des Yvelines, RNA 784000231 - 14, rue Monseigneur Gibier 78000 VERSAILLES, Tél : 01 39 24 08 38, -
Mail : hospitalite@hospitalite-yvelines.org - Site Internet : www.hospitalite-yvelines.org - - Coordonnées bancaires : BIC : SOGEFRPP IBAN : FR76 3000 3012 3500 0505 5170 083