DOSSIER D'INSCRIPTION DES PERSONNES MALADES
Le pèlerinage diocésain se déroulera du **12 au 17 avril 2027**
A retourner impérativement avant le 5 février
Secrétariat médical Hospitalité
Mme Régine RENAULT 13 rue de la gare 78370 PLAISIR

N° dossier HNDL

Reçu le :

M, Mme, Mlle, Soeur, Père:..... Prénom.....
Nom de jeune fille :.....
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
Etes-vous déjà venu(e) en pèlerinage avec l'Hospitalité ? ☐ oui ☐ non - Année du dernier pélé :

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 : ☐ **Accueils SF (520 €) -** coût réel du Pèlerinage (580 €)

☐ **Hôtel C1 Angélic ou Stella** (660 €) ☐ Sup. ch. seule (160 €) ☐ **Hôtel C2** (600 €) ☐ Sup.ch. seule (160 €)

Règlement: ☐ par chèque(s) à l'ordre de BIPEL ☐ par virement exclusivment pour les personnes sous protection juridique

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 son nom .....en famille est-il ☐un conjoint,☐un enfant, ☐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..... ..... ;(bien lisible)