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

Règlement : ☐ par chèque(s) à l'ordre de BIPEL ☐ par virement exclusivement 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 ☐ NON

Si vous venez accompagné(e) : par ☐ une personne malade ☐ un Hospitalier ; **est-il/elle** : ☐ un conjoint ☐ autre

Précisez son nom ....

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)