



# PELERINAGE A LOURDES

## Du lundi 22 au vendredi 26 juillet 2024

### BULLETIN D'INSCRIPTION PMR INDIVIDUEL

À renvoyer à Mme AUFORT, Puy Mery  
6 chemin de la Borie 87110 LE VIGEN

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : vendredi 31 mai 2024**

Car

Secteur

Chambre

Cadre réservé à l'hospitalité

- Soumis au secret professionnel, le dossier médical joint devra être placé, par le médecin traitant, sous enveloppe fermée portant la mention : " Dossier médical de M... ".

- Le dossier complet (demande d'inscription + dossier médical) devra être adressé à Mme AUFORT (adresse au dessus) **avec 1 enveloppe timbrée à votre nom et adresse**

**Attention : l'établissement d'un dossier n'implique pas l'acceptation automatique de la demande. Une commission médicale étudiera chaque candidature et vous fera connaître sa décision vers le 22 juin.**

#### DEMANDE D'ADMISSION

Père

Sœur

M

Mme

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

N° téléphone : ..... N° portable : .....

Courriel/Mail : .....

Situation de famille : .....

**Si vous êtes Assuré(e) Social(e) : merci de joindre les photocopies de l'attestation de carte vitale ou CMU ainsi que la complémentaire santé ou CSS**

- Désignation de votre Caisse : .....

- Numéro de Sécurité Sociale : .....

- Renseignements concernant la complémentaire santé : .....

**Si vous êtes rattaché(e) à un tiers :** .....

- Nom et prénom de l'Assuré(e) Social : .....

- Désignation de la Caisse : .....

- Numéro de Sécurité Sociale : .....

#### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

S'agit-il de votre premier pèlerinage en tant que malade ? Oui  Non

**Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas de besoin :**

.....

Souhaitez-vous être accompagné(e) par un membre de votre famille ? **OUI**  **NON**

Pouvez-vous préciser lequel et s'il souhaite loger avec vous à l'Accueil Notre Dame, participer au service de l'Hospitalité et loger dans un hôtel avec les hospitaliers : .....

## Le transport de Limoges à Lourdes s'effectuera en cars.

Les lieux et horaires de départ vous seront communiqués ultérieurement.

**Coordonnées des personnes qui vous emmèneront à l'aller et qui viendront vous chercher au retour (si vous ne prenez pas de car de ramassage) :**

Nom, prénom : .....

téléphone : .....

### DONNÉES PERSONNELLES :

En renvoyant ce bulletin, je transmets des données personnelles liées à ce pèlerinage :

- j'autorise l'Association diocésaine de Limoges à collecter et utiliser mes données personnelles pour me transmettre toute information relative aux activités pastorales, paroissiales, diocésaines et sollicitations d'appel aux dons. Les données seront conservées durant le temps que la personne est en contact régulier avec l'Église catholique.
- je n'autorise pas l'Association diocésaine de Limoges à collecter et utiliser mes données personnelles.

### DROIT À L'IMAGE :

Des photos seront faites lors de votre pèlerinage et pourraient être utilisées par les services Communication et Pèlerinages du diocèse. Si vous ne souhaitez pas apparaître sur les photos diffusées, merci de le signaler ci-dessous.

- j'autorise l'Association diocésaine de Limoges à utiliser mon image.
- je n'autorise pas l'Association diocésaine de Limoges à utiliser mon image.

## DECLARATION A SIGNER OBLIGATOIREMENT

- ◆ Je serai heureux (se) de participer au Pèlerinage Diocésain si ma candidature est retenue.
- ◆ J'ai bien pris connaissance qu'en allant à Lourdes, je serai hébergé dans une structure médicalisée (et non un hôpital).
- ◆ **J'accepte les conditions générales de participation, notamment en cas d'annulation, les 50€ de frais de dossier ne seront pas remboursés.**
- ◆ Je suivrai le traitement médical prescrit par mon médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.
- ◆ Au cas où mon état de santé viendrait à s'aggraver au cours de ce pèlerinage, je demande expressément que la Direction des Pèlerinages, en accord avec le médecin du Pèlerinage, prenne toutes les dispositions nécessaires. Je demande que la responsabilité de la Direction des Pèlerinages ne soit en aucun cas mise en cause à mon sujet.

### 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.

LE PELERIN	LE REPRESENTANT LEGAL	LA PERSONNE ACCOMPAGNANT
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom
Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)
Signature	Signature	Signature
Date : .....	Date : .....	Date : .....

Pour renseignements complémentaires : Tel : Marie AUFORT 06 86 17 34 90

Annie LESAGE 05.55.34.27.59 / 06.08.98.14.68 Après 16 heures

### A titre indicatif, le coût du pèlerinage par personne malade est de 437€

Hébergement à l'AND ou à l'hôtel	190 €
Transport + assurance + sanctuaire	215 €
Pharmacie + frais divers	32€

Pour ceux qui sont à l'AND et qui ne peuvent pas payer le coût réel, Il vous est demandé la somme 400€. Néanmoins, cette somme ne doit en aucun cas être un frein à votre participation au pèlerinage. Merci de le signaler lors de votre inscription.