

Car
Secteur
Chambre
Cadre réservé à l'hospitalité

Date Limite d'inscription Vendredi 29 mai 2026

- Soumis au secret professionnel, le dossier médical joint devra être placé par le médecin sous enveloppe fermée portant la mention : " Dossier médical de M... ".
- Le dossier complet (demande d'inscription + dossier médical) devra être adressé 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

M Mlle Mlle Père Sœur

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de Naissance :

N° de téléphone fixe ou portable :

Courriel / Mail :

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

- 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 :

♦ Si vous êtes en institution, téléphone direct de l'unité où vous vivez

♦ Si vous avez une infirmière qui vous visite à domicile, merci de nous indiquer son
NOM Prénom téléphone

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 :
.....

Etes-vous 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, ou participer au service de l'Hospitalité et loger dans un hôtel avec les hospitaliers :

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

Départ de la maison diocésaine 15 rue Eugène Varlin à Limoges.

Coordonnées des personnes qui vous emmèneront à l'aller et qui viendront vous chercher au retour :

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 Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/>	LA PERSONNE ACCOMPAGNANT
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
mail :	mail :	mail :
Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)	Lu et approuvé (manuscrit)
Date :	Date :	Date :
Signature	Signature	Signature

Pour des renseignements complémentaires : Tél. : Aude TIXIER 06 33 53 02 68

A titre indicatif, le coût du pèlerinage par personne malade est de 465€

Hébergement en pension complète à l'AND	240 €
Transport + assurance + sanctuaire	190 €
Pharmacie + frais divers	35€

Il vous est demandé la somme 365 €. Néanmoins, cette somme ne doit en aucun cas être un frein à votre participation au pèlerinage. Merci de signaler le montant de votre participation lors de votre inscription.