

M. Mme Melle Père Sœur Frère
 Nom : Prénom :
 Né(e) le : Adresse E-Mail :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Téléphone : N° S.S. ou MSA :
 Personne à prévenir en cas de besoin : Nom et N° de téléphone

CAR :

Je me rendrai à la gare de départ par mes propres moyens.
 Pour me rendre à la gare, je prendrai le car organisé par la Direction des Pèlerinages
 Je souhaite prendre le car à Prix : 15 € (payable à l'inscription)

GARE DE DEPART :

ST RAMBERT VALENCE LIVRON MONTELMAR PIERRELATTE
 Je souhaite voyager allongé(e) **dans la mesure des places disponibles** (couchette ambulance dans le train)
 Je souhaite, si possible, être dans le train avec :

REPAS DANS LE TRAIN A L'ALLER :

J'apporte mon pique-nique pour le repas de midi (prévoir un repas facile à manger dans un train)
 Je réserve un plateau-repas froid (attention : pas de régime possible) Prix : 12 €

LOGEMENT :

Je serai logé(e) **par l'hospitalité à l'Accueil SAINT FRAI** (100 places cette année)
 Je souhaite, si possible, partager la chambre avec :
 Je ne suis jamais allé(e) à Lourdes Je suis déjà allé(e) à Lourdes en
 Je connais des hospitalières ou hospitaliers ou d'autre malades handicapés, je précise leur noms et prénoms :

		MONTANT
TRAIN + HEBERGEMENT ACCUEIL MARIE ST FRAI <i>L'Hospitalité prend à sa charge l'augmentation du coût du train soit 4 €</i>	324 €	
CAR <i>(facultatif)</i>	15 €	
PLATEAU-REPAS (midi pour voyage aller) <i>(facultatif)</i>	12 €	
Don pour aider les malades <i>(facultatif)</i>		
	TOTAL	

- **mon règlement** par **chèque** libellé à l'ordre de "ADVI-HOSPITALITE NOTRE DAME DE LOURDES" ou par **virement**.

- une **photo d'identité récente** (obligatoire sauf si déjà donnée en 2010 ou 2011).

J'ai pris connaissance qu'en allant à Lourdes :

Je serai hébergé(e) dans un Accueil (non dans un hôpital)
 je suivrai le traitement médical que m'aura prescrit mon Médecin, sous la surveillance du personnel de santé qui vient à Lourdes bénévolement.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et m'inscris pour le pèlerinage diocésain à Lourdes du 23 juillet au 26 juillet 2012.

Date :
Signature OBLIGATOIRE,

Pour les personnes sous tutelle,
Signature du tuteur légal

Ce dossier a été rempli par : 

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE SOINS

Cocher les cases correspondant à la situation

M. Mme Melle Père Sœur Frère

Nom Prénom.....

Poids : Taille :

MOTRICITE / HANDICAP

- Marche sans difficulté
- Marche seul(e) avec ou sans canne, sur de courtes distances (déplacements à l'intérieur)
- Marche avec aide, même sur de courtes distances
- Se déplace habituellement en fauteuil roulant Viendra à Lourdes avec son fauteuil roulant
- Doit être transporté(e) en position couchée (sur brancard pour participer aux cérémonies)
- A besoin d'aide pour se lever, se coucher.
- Souhaite qu'on lui prête un fauteuil roulant

Paralytie (préciser la localisation)

Amputation (préciser la localisation)

A besoin de barrières de lit

A besoin d'autre matériel

Cécité gênante

Surdité gênante

TOILETTE

Sans aide

Avec aide

A faire compl etement sous la douche

A faire compl etement au lit

HABILLAGE

Sans aide

Avec aide partielle (bas, chaussettes, chaussures, boutonnage..)

A faire compl etement

INCONTINENCE Urinaire Anale Gestion autonome (*Apporter les couches pour le séjour*)

SOINS

Aucun Pansements (escarres) Sonde urinaire

Autres :

PRISE DE MEDICAMENTS

Autonome

Donn es par l'infirmier/ère (*Les médicaments seront pr epar es dans un pilulier pour la durée du séjour à Lourdes et la copie de l'ordonnance en cours sera jointe*)

REPAS

Autonomie Aide partielle (couper la viande, tartiner) Assistance permanente

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun Diabétique Sans sel Sans matière grasse Sans fibre

Normal Mix e Hach e

ALIMENT CONTRE-INDIQUE

AUTRE :

Fiche remplie par : 