

Bulletin principal d'inscription

Ce bulletin reprend les informations principales réellement vérifiées dans les étapes **Participants** et **Vérification des données** du parcours de réservation. Les choix de forfait, transport et hébergement sont détaillés dans les pages suivantes.

RÔLE D'INSCRIPTION	CIVILITÉ	GENRE
Pèlerins en accueil		

Identité

PRÉNOM	NOM	COMPLÉMENT NOM
--------	-----	----------------

DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE
-------------------	-------------------

PAYS DE NAISSANCE	NATIONALITÉ
-------------------	-------------

Coordonnées

TÉLÉPHONE PORTABLE	TÉLÉPHONE FIXE	EMAIL
--------------------	----------------	-------

PROFESSION

ADRESSE (LIGNE 1)

COMPLÉMENT D'ADRESSE

CODE POSTAL	VILLE	PAYS
-------------	-------	------

Contact d'urgence

NOM URGENCE	PRÉNOM URGENCE	TÉL. URGENCE
-------------	----------------	--------------

Forfaits disponibles pour ce rôle

Cochez le forfait souhaité. Les montants et options ci-dessous correspondent au pèlerinage en cours et au rôle sélectionné.

Forfait pèlerins en accueil

Pour bénéficier de ce forfait, il est nécessaire de remplir un dossier médical, disponible dans le parcours d'inscription.

Hors forfait : Petits déjeuner non compris le 11/10/2026
Activité en extra non compris le 09/10/2026

TARIFS

Tarif unique — 570 €

OPTIONS PROPRES À CE FORFAIT

Activité : Activité en extra — 25 €

Une sortie le vendredi après midi vers un site remarquable de la région.

HÉBERGEMENTS INCLUS

ACCUEIL NOTRE DAME - LOURDES — Lourdes — 9

Choix logistiques liés au parcours

Cette page reprend les choix qui existent réellement dans le parcours de réservation de ce pèlerinage. Ils doivent être complétés en cohérence avec le forfait réellement retenu.

Transport

Services de transport réellement accessibles via les forfaits proposés

- **Car PMR LASBAREILLES** — Uniquement pour les hospitaliers et pèlerins en accueil. — Inclus si le forfait retenu le prévoit.

Car PMR LASBAREILLES

Inclus si le forfait retenu le prévoit.

Ne compléter ces arrêts que si ce service est retenu avec le forfait choisi ou coché comme option.

ALLER

Montée

- Gare SNCF — Briançon
- Sainte Marguerite (Sens Briançon > Gap) — Sainte Marguerite
- Pont de Chancel (Sens Briançon > Gap) — L'Argentière la Bessée
- Gare SNCF — Eyglies
- Aire de covoiturage (sens Briançon > Gap) — Embrun
- Carrefour de Boscodon (Sens Briançon > Gap) — Boscodon
- Village (Sens Briançon > Gap) — Savines-le-Lac
- Giratoire de la gare (Sens Briançon > Gap) — Chorges
- Le Saruchet (Sens Briançon > Gap) — Montgardin
- La Plaine (Sens Briançon > Gap) — Montgardin
- Boulangerie (Sens Briançon > Gap) — La Bâtie-Neuve
- Garse SNCF — Gap
- Gare de péage (Sens Gap > Marseille) — La Saulce
- Aire de covoiturage — Sisteron
- Péage de Manosque A51 sortie 18 — Manosque
- Horloge — Aix-en-Provence
- Aire de Fabrègues — Fabrègues
- Aire de Covoiturage de l'Aygossau — Cazères
- Descente
- Accueil Notre Dame — Lourdes

RETOUR

Montée

- Accueil Notre Dame — Lourdes
- Descente
- Aire de Covoiturage de l'Aygossau — Cazères
- Aire de Fabrègues — Fabrègues
- Horloge — Aix-en-Provence
- Péage de Manosque A51 sortie 18 — Manosque
- Aire de covoiturage — Sisteron
- Gare de péage A51 (Sens Marseille > Gap) — La Saulce
- Garse SNCF — Gap
- Boulangerie (Sens Gap > Briançon) — La Bâtie-Neuve
- La plaine (Sens Gap > Briançon) — Montgardin
- Le Saruchet (Sens Gap > Briançon) — Montgardin
- Giratoire de la gare (Sens Gap > Briançon) — Chorges
- Village (Sens Gap > Briançon) — Savines-le-Lac
- Carrefour de Boscodon (Sens Gap > Briançon) — Boscodon
- Aire de covoiturage (Sens Gap > Briançon) — Embrun
- Gare SNCF — Eyglies
- Pont de Chancel (Sens Gap > Briançon) — L'Argentière la Bessée
- Sainte Marguerite (Sens Gap > Briançon) — Sainte Marguerite
- Gare SNCF — Briançon

Hébergement

Hébergement lié au forfait choisi

Les éventuelles catégories de chambre ou de lit sont détaillées dans la section des forfaits. Cette page sert surtout à noter les souhaits de partage et les remarques utiles.

SOUHAIT DE PARTAGE DE CHAMBRE

REMARQUES HÉBERGEMENT / ACCESSIBILITÉ

Hébergements réellement compris dans les forfaits proposés

- ACCUEIL NOTRE DAME - LOURDES — Lourdes — 9

Options et préférences

Cette page reprend les champs libres de l'étape options et préférences du parcours de réservation.
L'administration les ressaisira ensuite dans le stepper officiel.

SOUHAITE PARTAGER SA CHAMBRE AVEC _____

REMARQUES POUR SON HÉBERGEMENT _____

RÉGIME ALIMENTAIRE / ALLERGIES / INTOLÉRANCES _____

REMARQUES POUR SES REPAS _____

SOUHAITE VOYAGER AVEC _____

REMARQUES POUR SON TRANSPORT _____

SOUHAITE ÊTRE EN ÉQUIPE AVEC _____

REMARQUES POUR SON ÉQUIPE _____

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES _____

Règlement, mentions utiles et signature

Construction du montant à régler

Compléter ici les montants utiles pour reconstituer le total du dossier papier.

Forfait retenu _____ €

Supplément hébergement _____ €

Activité / extra 1 _____ €

Activité / extra 2 _____ €

Autre ajustement / remise _____ €

Offrande éventuelle _____ €

Total calculé à la main _____ €

Moyens de règlement acceptés

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bon / avoir | <input type="checkbox"/> Carte bancaire |
| <input type="checkbox"/> Chèque | <input type="checkbox"/> Chèques-vacances |
| <input type="checkbox"/> Espèces | <input type="checkbox"/> Virement bancaire |

Mode retenu et consigne de paiement

Mode de règlement retenu _____

Échelonnement souhaité _____

Plan de paiement à construire

Ajouter les lignes nécessaires pour suivre l'acompte, les échéances intermédiaires et le solde.

LIGNE	DATE PRÉVUE	MOYEN	MONTANT
Acompte	_____	_____	_____ €
Échéance 2	_____	_____	_____ €
Échéance 3	_____	_____	_____ €
Ligne libre	_____	_____	_____ €
Solde	_____	_____	_____ €

Rappel paiement

Chèque à l'ordre de : Pèlerinages diocésains

Banque : BP AUVERGNE RHONE ALPES

BIC : CCBPFRPPGRE

Téléphone paiement : 06 98 14 54 94

Adresse d'envoi du chèque : Service des pèlerinages 17
rue Alphand 05100 Briançon

IBAN : FR7616807001033634028421528

Contact paiement : pelerinages@diocesedegap.com

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE ESSENTIELLES

Conditions de vente et d'organisation du séjour

Le présent document précise les principales informations contractuelles, financières et organisationnelles du séjour **LOURDES - Rosaire 2026**. Les consentements relatifs aux données personnelles, au droit à l'image et aux autorisations spécifiques sont recueillis séparément lorsqu'ils sont applicables.

1. Informations sur le pèlerinage

Intitulé du pèlerinage : LOURDES - Rosaire 2026

Destination :

Ville de départ :

Pays :

Ville de retour :

Départ : 5 octobre 2026

Retour : 11 octobre 2026

Transport :

Restauration :

Hébergement :

Activités incluses / visites :

Langue des visites :

2. Formalités de police et sanitaires

3. Prix, règlement et annulation

Ce que le prix comprend :

Ce que le prix ne comprend pas :

Prix total TTC :

Supplément chambre individuelle :

Acompte demandé à l'inscription :

Modalités de règlement :

Ordre du chèque :

Devise : EUR

Révision des prix :

Condition de taille minimale de groupe :

Absence de droit de rétractation : Conformément à l'article L221-28 du Code de la consommation, le présent bulletin d'inscription n'est pas soumis au droit de rétractation. Toutefois, le voyageur peut résoudre le contrat à tout moment avant le début du voyage et s'acquittera des frais suivants :

Barème d'annulation :

Annulation par l'organisateur :

Circonstances exceptionnelles :

4. Contact, responsabilité et assistance

Lorsqu'une non-conformité est constatée sur place, le pèlerin est tenu de la signaler dans les meilleurs délais au contact suivant : **Abbé Edouard Le Conte, 17 rue Alphan 05100 Briançon, 04 92 23 30 13, pelerinages@diocesedegap.com**

Le défaut de signalement d'une non-conformité sur place pourra avoir une influence sur le montant des éventuels dommages-intérêts ou réduction de prix dus si ce signalement sans retard aurait pu éviter ou diminuer le dommage.

le Service diocésain des pèlerinages est responsable de la bonne exécution des services prévus au présent bulletin d'inscription et est tenu d'apporter une aide au pèlerin en difficulté.

En cas de mise en jeu de sa responsabilité de plein droit du fait des prestataires, les limites de dédommagement résultant de conventions internationales selon l'article L. 211-17-IV du Code du tourisme trouveront à s'appliquer ; à défaut et sauf préjudice corporel, dommage intentionnel ou causé par négligence, les dommages-intérêts éventuels sont limités à trois fois le prix total du voyage ou du séjour.

Garantie financière : L'association diocésaine de Gap a souscrit une garantie financière auprès de ATRADIUS, 159 rue Anatole France-CS50118, 92596 Levallois-Perret Cedex, France. Cette garantie porte le n°544083/12211015.

Assurance responsabilité civile professionnelle : L'association diocésaine de Gap a souscrit une assurance garantissant sa responsabilité civile professionnelle auprès de La Mutuelle Saint Christophe, 277 rue Saint-Jacques, 75256 Paris cedex 05. Cette police d'assurance porte le n°0000010490598604.

5. Cession du contrat, réclamations et médiation

Cession du contrat :

Le pèlerin peut saisir le Service diocésain des pèlerinages de toute réclamation à l'adresse suivante : **Abbé Edouard Le Conte, 17 rue Alphand 05100 Briançon, 04 92 23 30 13, pelerinages@diocesedegap.com** par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou par email accompagné de tout justificatif.

À défaut de réponse satisfaisante dans un délai de 60 jours ou s'il n'est pas satisfait de la réponse reçue, le client peut saisir gratuitement le Médiateur du Tourisme et du Voyage, dont les coordonnées et modalités de saisine sont disponibles sur le site : **www.mtv.travel**.

La combinaison de services de voyage qui vous est proposée est un forfait au sens de la directive (UE) 2015/2302 et de l'article L.211-2 II du Code du tourisme. Vous bénéficierez donc de tous les droits octroyés par l'Union européenne applicables aux forfaits, tels que transposés dans le Code du tourisme.

le Service diocésain des pèlerinages sera entièrement responsable de la bonne exécution du forfait dans son ensemble.

En outre, comme l'exige la loi, le Service diocésain des pèlerinages dispose d'une protection afin de rembourser vos paiements et, si le transport est compris dans le forfait, d'assurer votre rapatriement au cas où elle deviendrait insolvable.

Consentements et engagements à recueillir

Droit à l'image Consentement marketing Consentement transport Consentement medical

Informations légales et protection des données

Organisme : ADG / Service des pèlerinages

Adresse : 17 rue Alphand 05100 Briançon

Responsable du traitement : ADG / Service des pèlerinages

Contact confidentialité : dpo@pelerinagesdegap.fr

Téléphone confidentialité : 0698145494

DPO : Edouard Le Conte

Je certifie exacts les renseignements fournis et j'accepte les conditions applicables au pèlerinage et à l'organisation ci-dessus.

SIGNATURE

FAIT À

LE

INSCRIPTION DES PÈLERINS EN ACCUEIL AU PÈLERINAGE 2026

MODE D'EMPLOI

Le dossier d'inscription comprend :

- le Dossier Pèlerinage

Ce sont les informations essentielles qui nous sont nécessaires pour organiser votre voyage et votre séjour à Lourdes. Ces informations font l'objet d'une saisie informatique.

- le Dossier de Soins

Ce dossier est à remplir avec beaucoup d'attention. C'est lui qui permettra à l'Hospitalité de préparer votre prise en charge, pendant la durée du transport et à Lourdes. Ce dossier doit porter votre signature, ou celle de votre représentant légal.

- le Dossier Médical de Liaison

Ce document est à remplir par votre médecin et contient des informations sensibles. Il doit être communiqué au médecin régional, sous enveloppe fermée adressée à son nom, **après signature par vous-même ou par votre représentant légal.**

Au Dossier Médical de Liaison doit être joint **votre ordonnance datant de 1 mois de préférence**, avec les indications sur la posologie et le mode d'administration des médicaments.

- l'autorisation de soins

S'il est nécessaire de commander du matériel médical spécifique auprès de prestataires extérieurs, la Direction Régionale du Pèlerinage pourra vous demander des documents complémentaires.

Pour les accompagnants en accueil : remplissez le Dossier Pèlerinage, et en cas de régime alimentaire particulier, le Dossier de Soins.

Aumônerie

Nous vous recommandons d'écrire au directeur régional, sous enveloppe fermée, tout ce qu'il vous semble utile de porter à sa connaissance pour la préparation du service d'aumônerie et des célébrations du Pèlerinage. Les personnes qui ne sont pas catholiques ou qui ne sont pas baptisées sont expressément invitées à le faire savoir, de manière confidentielle.

ATTENTION ! TRÈS IMPORTANT !

Le jour du départ, vous n'oublierez pas de prendre avec vous, dans une pochette fermée :

- une pièce d'identité
- votre carte Vitale et/ou votre attestation de Sécurité Sociale
- votre carte de mutuelle
- votre attestation d'assurance rapatriement, si vous en avez une (très précieux en cas de rapatriement)
- votre ordonnance imprimée datant de 1 mois de préférence

Dans la mesure du possible, préparer le traitement de la semaine dans un PILULIER.

*En signant le "Dossier Pèlerinage", le "Dossier de soins" et le "Dossier médical de liaison", vous avez autorisé la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours après le dernier jour de pèlerinage annuel. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com).
Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

Document à conserver avec vous !

DOSSIER PÈLERINAGE 2026Photo
(obligatoire) Pèlerin en Accueil Accompagnant M. Mme Mlle Père Frère Sœur

Date de naissance

Nom

Prénom

COORDONNÉES

N° et voie : Téléphone fixe :

Complément : Téléphone mobile :

Code postal : Commune :

Adresse électronique :

CONTACT

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphone : Adresse électronique :

Nom de la personne de confiance désignée :

Téléphone : Adresse électronique :

VOTRE VOYAGE VERS LOURDES Propres moyens Avec la région (lieu de départ souhaité).....Type de place : Assis Allongé Sur son fauteuil roulant personnel**Personne ou organisme qui vous accompagnera** Au DEPART Au RETOUR

Nom : Nom :

Téléphone : Téléphone :

VOTRE ASSURANCE RAPATRIEMENT (Attestation obligatoire à fournir)

Compagnie et nom de l'assureur :

Numéro de Police : Téléphone :

** Votre carte bancaire vous permet de bénéficier d'une assurance rapatriement à condition que le n° de téléphone de l'assureur y soit inscrit au dos. Pensez à l'emporter avec vous à Lourdes.**Je reconnais que ma démarche est volontaire et personnelle et que je suis suffisamment informé(e) au sujet : 1°) des conditions de transport en TGV (kit SNCF, place assise ou en fauteuil roulant) ou en bus (PMR ou normal), 2°) des conditions de mon logement à Lourdes, dans des Accueils. Ces établissements, équipés pour recevoir des personnes malades (chambres de 1 à 6 pers.) et comportant un service de garde médical, ne sont pas des hôpitaux. (Pour toute information, prendre contact avec la Direction Régionale du Pèlerinage)**Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaie@gmail.com).**Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

HÉBERGEMENT - CADRE RÉSERVÉ À L'HOSPITALITÉ Région Service National Tournesols Service National Coquelicots Service Saint Louis Martin

Le choix du service sera fait par le médecin des Services Régionaux ou Nationaux, en fonction du souhait exprimé, mais aussi en fonction de l'âge, du dossier médical et de la disponibilité des lits.

Rempli par : Téléphone :

Nom de l'infirmière à domicile ou du service : Téléphone :

Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	Déficit moteur Membre sup <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit Membre inf <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit
Aide à l'habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Aide aux repas	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale (<input type="checkbox"/> à écraser)	
Aide aux transferts	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	Déplacements dans le Sanctuaire <input type="checkbox"/> Voiturette bleue <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Brancard <input type="checkbox"/> Fauteuil personnel <input type="checkbox"/> mécanique <input type="checkbox"/> électrique
	<input type="checkbox"/> Mobilisation douloureuse	<input type="checkbox"/> Risques de chutes		

Alimentation	<input type="checkbox"/> RISQUE DE FAUSSES ROUTES
Présentation	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Viande Hachée <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Pas de repas fourni
Régime	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique et sans sel <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Sans résidus
Requêtes particulières (allergies, régime végétarien, etc.) :	
<input type="checkbox"/> Nutrition entérale	Préciser (ordonnance)..... <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale Préciser (ordonnance)

Allergies Oui Non Si oui, lesquelles ?

Hydratation
 Eau Eau gazeuse Eau gélifiée Par canard Par paille Stimulation boissons

Élimination
Urines Autonome Aide à l'installation sur les WC Autosondage (avec aide) Fréquence :
 Sonde à demeure Incontinence Jour Nuit
Protection Jour Nuit

Selles Autonome Constipation Extraction Stomie Incontinence Jour Nuit

Autres matériels Urinal Bassin Chaise percée Penilex Jour Nuit

Langage <input type="checkbox"/> Parle <input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> Langue des signes	Comportement <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Déambulation et fugues <input type="checkbox"/> Addictions (préciser)	Douleurs / Points douloureux : siège et intensité	Troubles du sommeil : Préciser
---	--	---	--

Appareillage personnel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Atelle <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant mécanique <input type="checkbox"/> Coquille <input type="checkbox"/> Canne / Béquilles <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Cadre ou déambulateur <input type="checkbox"/> Respirateur <input type="checkbox"/> PPC, VNI (apnée du sommeil)	Petit appareillage personnel <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Appareil Dentaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Inférieur <input type="checkbox"/> Bas de contention <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	Matériel demandé <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Lit médicalisé électrique <input type="checkbox"/> Barrière de lit <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres à air <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/> Verticalisateur
--	--	---

Glycémie Capillaire <input type="checkbox"/> Fréquence <input type="checkbox"/> Free Style ? <input type="checkbox"/> Protocole <input type="checkbox"/> Ordonnance	Injections <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Autres TTT <input type="checkbox"/> PiccLine <input type="checkbox"/> Pompe morphine	Pansements : Protocole de soins Localisation : Fréquence : Escarres <input type="checkbox"/> Soins préventifs <input type="checkbox"/> Soins curatifs Merci de joindre un protocole pour les pansements	Aérosol - en AIR - en O2 - fréquence - ordonnance	Stomies <input type="checkbox"/> Trachéostomie <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Urinaire
--	---	--	---	---

Dialyse Au centre de dialyse : jour..... Fistule AV Dialyse péritonéale

Oxygène - Taux saturation O2 de base
 Jour Nuit Durée : Heures / jour Débit : litres / minutes

Kinésithérapie à poursuivre à Lourdes (ordonnance obligatoire)

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaie@gmail.com). Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

Nom et téléphone du médecin référent

**A transmettre au médecin régional,
nommément, sous pli fermé :**
(Nom et adresse)

DOSSIER MÉDICAL DE LIAISON 2026

Nom Prénom :

Date de naissance / âge (impératif) :

N° Sécurité Sociale :

Poids :

Taille :

GIR (si connu) :

Affections principales en cours - Risques infectieux

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Allergies et intolérances

Dispositifs médicaux

- **O2** : débit, fréquence

Dispositif personnel apporté

Dispositif à commander et à installer sur place

Nom du fournisseur habituel :

- **VNI**

- **Pacemaker**

- **Defibrilateur**

Communication

Troubles de la mémoire

Troubles de l'élocution

Difficultés de compréhension

Surdité

Connaît la langue des signes (LSF)

Cécité / Malvoyance

Etat clinique

Stable

Evolutif

TA (S/D)

Pouls

Sat O2

Créatinémie / Clairance

Dialyse (au centre de dialyse)

Dialyse péritonéale

Jours de dialyse :

Troubles psycho-comportementaux

Apathie

Déambulation et fugue

 tat dépressif

Délire et hallucinations

Anxiété

Agressivité

Irritabilité

Troubles du sommeil

Agitation

Troubles cognitifs, MMS

Autonomie : résumé synthétique

Précautions à prendre, soins ou surveillance particulière à prévoir
Surveillance biologique à faire au cours du Pèlerinage

Personne de confiance du malade *

Nom :

Téléphone :

Lien de parenté :

Si directives anticipées connues : joindre la copie

Joindre IMPÉRATIVEMENT la dernière ordonnance datant de 1 MOIS de préférence.

Si soins de kiné : ordonnance OBLIGATOIRE.

En vue de la bonne continuité des soins, préciser les éléments médicaux récents et joindre un compte-rendu d'hospitalisation récent.

Médecin ayant rempli le formulaire :

Cachet

Téléphone :

Date de l'examen :

Nom de l'infirmière à domicile ou du service :

Téléphone (très utile) :

J'autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Cette autorisation est accordée à la signature du présent dossier et pour une période pouvant aller jusqu'à quinze jours à compter du dernier jour de pèlerinage annuel. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com). Loi n 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date

Signature du pèlerin ou de son représentant légal

**Code de santé publique : article L1111-6. Si votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin qui vous prend en charge au cours du Pèlerinage consulte en priorité la personne de confiance qui doit être en mesure de lui rendre compte de vos volontés.*

DOSSIER MÉDICAL DE LIAISON 2026

SUIVI TOUT AU LONG DU PÈLERINAGE

(Du départ de la région jusqu'au retour en région)

Nom Prénom :

Date de naissance :

RÉSERVÉ AUX SOIGNANTS PENDANT LE PÈLERINAGE

(A renseigner du jour du départ de la région jusqu'au retour en région)

Nom du médecin référent pendant le pèlerinage :

Date	Suivi

AUTORISATION DE SOINS 2026

Nom Prénom :

Nom du Responsable Légal (Parents / Tuteur / Curateur) :

Adresse :

Téléphone : Adresse électronique :

Autorisation de soins, pour les pèlerins mineurs (et majeurs sous tutelle) pris en charge par l'Hospitalité du Rosaire

Je soussigné(e), responsable légal du pèlerin identifié ci-dessus, autorise les responsables de l'Hospitalité du Rosaire⁽¹⁾ à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par son état de santé, et ce, pendant toute la durée du Pèlerinage du Rosaire 2025.

Fait à, le / / 2026

Signature

(1) Les responsables concernés sont : (i) pendant le temps du voyage vers Lourdes et au retour de Lourdes, jusqu'à la prise en charge dans le Service National : le/la responsable régional(e) des Pèlerins en Accueil et le responsable régional des médecins ; (ii) pendant le temps du séjour à Lourdes : l'hospitalière responsable du Service National concerné et le médecin responsable de ce Service.