

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.

DONNÉES DU JEUNE INSCRIT

Remplir cette page avec l'identité et les coordonnées du jeune. Les coordonnées des parents ou du tuteur légal sont demandées dans la page dédiée aux adultes responsables.

RÔLE D'INSCRIPTION

CIVILITÉ

GENRE

Rosaire Jeune

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 du jeune

NOM URGENCE

PRÉNOM URGENCE

TÉL. URGENCE

Jeune mineur et adultes responsables

Cette page sépare les informations du jeune inscrit des coordonnées des parents ou du tuteur légal.

JEUNE INSCRIT DONNÉES DU JEUNE		Informations propres au participant mineur.	
ÂGE	PHOTO D'IDENTITÉ JOINTE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
SCOLARITÉ ET GROUPES DU JEUNE			
ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT	NIVEAU SCOLAIRE	CLASSE	VILLE ÉCOLE
AUMÔNERIE	NIVEAU AUMÔNERIE	VILLE AUMÔNERIE	PARTICIPE À UNE AUMÔNERIE
PARTICIPE À UN GROUPE DE JEUNES			

ADULTES RESPONSABLES COORDONNÉES DES ADULTES RESPONSABLES		Parents ou tuteur légal à contacter pour le jeune.	
PÈRE			
PRÉNOM	NOM	TÉLÉPHONE	EMAIL
MÈRE			
PRÉNOM	NOM	TÉLÉPHONE	EMAIL
TUTEUR LÉGAL			
PRÉNOM	NOM	TÉLÉPHONE	EMAIL

Forfaits disponibles pour ce rôle

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

ROSAIRE JEUNE

Ce forfait est à destination exclusive des jeunes rendant service à l'hospitalité.

Hors forfait : Déjeuner non compris le 05/10/2026 (prévoir pique-nique)

TARIFS

Tarif unique — 370 €

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 ROSAIRE JEUNES** — Uniquement pour les participants du Rosaire Jeune — Inclus si le forfait retenu le prévoit.

CAR ROSAIRE JEUNES

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 — Gap
- Alre de covoiturage — Sisteron
- Péage de Manosque A51 sortie 18 — Manosque
- Horloge — Aix-en-Provence

Descente

- Accueil Notre Dame — Lourdes

RETOUR

Montée

- Accueil Notre Dame — Lourdes
- Descente
- Horloge — Aix-en-Provence
- Péage de Manosque A51 sortie 18 — Manosque
- Alre de covoiturage — Sisteron
- Gare SNCF — Gap

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

- Bon / avoir Carte bancaire
 Chèque Chèques-vacances
 Espèces 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 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 Alphanth 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.



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)..... BUREAU :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS