

Agén, le

**M**

Madame, Monsieur et cher(e) ami(e),

C'est avec joie que nous vous annonçons notre prochain pèlerinage qui aura lieu du  
**Samedi 13 au Mercredi 17 juillet 2024.**

Le thème pastoral proposé par les Sanctuaires est :

**« Allez dire aux prêtres que l'on bâtit ici une chapelle ! ».**

Nous avons tous à cœur de vous accompagner lors de ce séjour et de se retrouver : ce sont plus de 100 bénévoles (hospitalières, hospitaliers et staff) qui sont à vos côtés et organisent tout au long de l'année les préparatifs pour que ces 5 jours soit un moment de partage, d'échange, d'écoute dans la joie et le bonheur. C'est au Centre d'Accueil Marie Saint Frai que vous êtes logés et que le service de restauration est assuré : les locaux sont adaptés pour tous et permettent de retrouver une bulle de confort après nos escapades quotidiennes sur le sanctuaire de Lourdes.

Les frais de séjour s'élèvent à 250 € pour l'intégralité : l'hébergement, les frais de bouche, l'encadrement, les activités et le transport, restent à votre charge les cadeaux souvenirs, les envies personnelles lors des excursions.

Le prix ne doit pas être un frein à votre participation au pèlerinage, si tel est le cas n'hésitez pas à nous contacter (ci-dessous les coordonnées de Roseline et de Cécile), il convient juste d'avoir la simplicité de nous en parler pour trouver ensemble une solution : nous vous assurons de notre compréhension et de notre entière discrétion.

Nous vous rappelons que le nombre de places disponibles étant limité, **nous vous confirmerons votre participation** par notre Hospitalité après avis de sa commission médicale.

Vous trouverez ci-joints :

Le bulletin d'inscription et le dossier médical à faire remplir et tamponner obligatoirement par votre médecin traitant et à retourner impérativement.

*Si vous n'avez pas la possibilité de contacter votre médecin rapidement, nous vous invitons à nous envoyer votre dossier médical dans un second temps (ce document est **obligatoire** pour votre inscription définitive).*

Dans l'attente de vous revoir pour un bon pèlerinage,

Le Bureau de l'Hospitalité

**P.J. : Bulletin d'inscription et fiche médicale**

Personnes à contacter pour de plus amples informations si nécessaire :  
**Roseline PARREIL 06 86 92 48 35** ou **Cécile KAUFFER 06 07 15 90 13**

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Mme, M.** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

**Téléphone** fixe et Portable (**obligatoire**) : .....

**Mail** : .....

Coordonnées **Médecin traitant** : .....

Téléphone (**obligatoire**) : ..... Mail : .....

**Personne à contacter** (Etablissement, famille etc..) .....

Téléphone (**obligatoire**) : ..... Mail : .....

**Êtes-vous sous TUTELLE** : **OUI NON** (*Rayer les mentions inutiles*)

Si **OUI** – Nom, Prénom du tuteur : .....

Téléphone (**obligatoire**) ..... Mail (**obligatoire**) : .....

**Adresse** : .....

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

### TRANSPORT

*Veillez cocher dans la case correspondante*

**1) D'où préférez-vous partir avec le car de l'Hospitalité** : (nous pouvons être amenés à modifier les circuits)

AGEN  AIGUILLON  ASTAFFORT  CASTELJALOUX

FUMEL  MARMANDE  NERAC

STE LIVRADE  TONNEINS  VILLENEUVE-SUR-LOT

**Devez-vous voyager en car médicalisé couché ? OUI NON** (*Rayer les mentions inutiles*)

**2) Qui vous amènera depuis votre domicile jusqu'au départ du car (obligatoire) :**

Nom de la personne : ..... Téléphone : .....

**3) Pour votre séjour à Lourdes, amènerez-vous :**

votre fauteuil roulant personnel  votre fauteuil électrique (places limitées)

votre déambulateur  autres (précisez) .....

Pour toutes questions, vous pouvez contacter l'infirmière responsable :  
Roseline PARREIL 06 86 92 48 35

## DOSSIER MEDICAL

Nom : ..... Prénom : .....

### ASSOCIATION MEDICALE INTERNATIONALE DE NOTRE-DAME DE LOURDES

#### Pèlerinage diocésain à Lourdes du **Samedi 13 juillet** au **Mercredi 17 juillet 2024**

Aux termes du règlement, les personnes âgées, malades ou situation de handicap qui désirent prendre part au pèlerinage doivent être pourvues d'un certificat médical délivré dans la quinzaine qui précède la date d'arrêt des listes des pèlerins. Ce certificat doit être aussi complet et précis que possible. La présente fiche ci-jointe a pour but de faciliter la rédaction de cet important document et sera remise directement à la personne désirant être inscrite au pèlerinage des personnes âgées, malades ou handicapées à son médecin traitant habituel qui réglera personnellement les frais de ce certificat et son affranchissement.

Madame, Monsieur et cher(e) Confrère,

Nous vous prions instamment, avec l'autorisation implicite que vous en donne la personne âgée, malade ou en situation de handicap, de bien vouloir remplir la présente fiche médicale :

#### **avant le 31 mai 2024**

Le bureau médical de LOURDES s'engage à n'user de votre nom et à ne le publier qu'avec votre autorisation formelle.

Le présent questionnaire n'a rien de scientifique. Il ne constitue qu'un simple guide destiné aux commémoratifs de la maladie.

Nous vous serions reconnaissants d'y indiquer clairement le traitement et le régime du malade afin que nous soyons en mesure de respecter vos prescriptions pendant la durée du pèlerinage.

Veillez agréer, Madame, Monsieur et cher(e) Confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

**Le Docteur de l'Hospitalité Diocésaine**  
**Pierre-Jean PUDAL**

N.B.- Il est possible d'accueillir à Lourdes des malades dialysés.

Cachet du Médecin traitant

Téléphone du médecin traitant :

Pour toutes questions, vous pouvez  
contacter l'infirmière responsable :  
Roseline PARREIL 06 86 92 48 35

## FICHE MEDICALE

Identité du malade :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Personne à contacter (Établissement, famille etc..) Téléphone (**obligatoire**) : .....

(Veuillez compléter ou modifier les informations ci-dessus)

Antécédents Médicaux .....

Antécédents Essentiels .....

Allergies .....

État actuel

- Physique .....
- Psychique .....
- Poids .....

Traitement médical Joindre la DERNIERE ORDONNANCE

Surveillance particulière .....

Glycémie : ..... TA : ..... TP INR (apporter le dernier résultat) : .....

Antécédents chirurgicaux Interventions et dates

**Prise de médicaments** prise seul  **Élimination** normale   
prise contrôlée (par IDE)  couche jour et nuit

**Toilette** seul  couche nuit seulement   
avec aide au lavabo  sonde urinaire   
au lit

**Mobilité** seul   
avec canne ou déambulateur   
fauteuil roulant

**Porteur de dentier**

**Soins particuliers :** Trajet .....  
Séjour .....

<b>Régime</b>	normal	<input type="checkbox"/>
	sans sel	<input type="checkbox"/>
	hépatique	<input type="checkbox"/>
	diabétique + sans sel	<input type="checkbox"/>
<b>Régime strict pendant le séjour</b>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Difficulté à la mastication :</b>		
	<input type="checkbox"/> Coupé menu	<input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/> Mixé ou <input type="checkbox"/> Haché

**Veuillez cocher dans les cases correspondantes ou rayer les mentions inutiles**