



**PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES**  
**DU 22/08/2025 AU 25/08/2025**

**FEUILLE D'INSCRIPTION DES PELERINS MALADES**

**Très important de remplir consciencieusement toutes les rubriques ci-dessous**

**VOUS DEVEZ ENVOYER AVEC CETTE FICHE le dossier médical complété par votre médecin traitant et une copie de la dernière ordonnance en cours sous enveloppe cachetée.**

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Sexe :

Lieu d'embarquement souhaité :

Téléphone :

Poids :

Taille :

Médecin traitant :

Tel :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :**

Hospitalier ☐  
Famille ☐

Tuteur ☐  
Personne de confiance ☐

Nom et Prénom : ..... Tel / Port : .....

Tel de la personne à contacter pour le retour : .....

Organisme de tutelle, le cas échéant : .....

**Position pour le voyage :**

Assis ☐

Assis dans son fauteuil roulant avec appui-tête ☐

Electrique ☐

Pouvez-vous monter les marches du car ?

OUI ☐

OUI avec aide ☐

NON ☐

**Locomotion :**

Déplacement seul ☐

Avec aide humaine ☐

Avec cannes ☐

Avec déambulateur ☐

Votre fauteuil roulant ☐

Prothèse (hanche, genou, épaule, droite, gauche) : .....

**Déficit neurosensoriel :**

**Vision**

Ne voit pas ☐  
Voit mal ☐  
Lunettes ☐

**Audition**

N'entend pas ☐  
Entend mal ☐  
Prothèses auditives ☐

**Parole**

Ne parle pas ☐  
Parle difficilement ☐

Risque de se perdre ☐

Désorientation ☐

**Régime alimentaire :**

Normal ☐

Haché ☐

Mixé ☐

Diabétique ☐

Sans sel ☐

Troubles de la déglutition ☐

Eau gélifiée ☐

Aide au repas : OUI ☐ NON ☐

Nutrition parentérale ☐

Prothèse dentaire :

Haut ☐

Bas ☐

**Toilettes :**

☐ Autonome

☐ Aide partielle

☐ Aide totale

☐ Toilette au lit

**Soins infirmiers :**

☐ **Injection :** Insuline ☐ Anticoagulant ☐ Autre : : .....  
Horaire :

☐ **Pansement et soins :**

Type de plaie ou de soins à préciser (Protocole à joindre) : .....

☐ **Aide à la prise de médicament**

☐ **Apnée du sommeil** appareillé (prendre votre équipement VNI ou PPC)

☐ **Oxygène**

☐ **Dialyse**

**Aide au coucher :** OUI ☐ NON ☐

☐ Barrière au lit prescrite

☐ Matelas à air

☐ Lève-malade

☐ Verticalisateur

**Fonctions urinaires et digestives :**

☐ Besoins de change (à emporter)

☐ Le jour

☐ La nuit

☐ Incontinence urinaire : ☐ Sonde urinaire

☐ Etui pénien

☐ Le jour

☐ La nuit

☐ Stomie type à préciser : ..... ☐ Poches pour stomie (à emporter)

☐ Incontinence fécale

**Observations :**

☐ J'accepte que les informations me concernant et portées dans le bulletin d'inscription ci-dessus ou les informations contenues dans le dossier médical joint soient consignées dans un fichier numérique à la discrétion d'un médecin de l'Association Diocésaine de RODEZ (Direction des Pèlerinages Diocésains, Hospitalité Aveyronnaise de N.-D. de Lourdes) en vue du Pèlerinage à Lourdes. Ces informations ne pourront pas être communiquées à quiconque d'autre sans mon autorisation expresse et écrite. Vous pouvez à tout moment demander la modification ou la suppression de ces informations en écrivant à [contact@hospitalite12.fr](mailto:contact@hospitalite12.fr). J'autorise également la prise de vue et la publication de mon image sur divers supports.

Date : ..... Signature du pèlerin malade : .....

**EN PARTANT A LOURDES, VOUS DEVEZ EMPORTER AVEC VOUS :**

- votre carte vitale ou attestation,
- la dernière ordonnance prescrite (la plus récente) ,
- vos médicaments ainsi que pansements, changes, matériel spécifique (stomie).

**Inscription remplie par :** Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

*Cadre réservé à l'Hospitalité Aveyronnaise*

Fiche saisie par :