



**DOSSIER D'INSCRIPTION DES PERSONNES MALADES**  
Le pèlerinage diocésain se déroulera du 21 au 26 avril 2025  
A retourner impérativement avant le 20 février  
Secrétariat médical Hospitalité  
Mme Blanchard 3 avenue de l'île de Migneaux 78300 - Poissy

N° dossier HNDL

Reçu le :

M, Mme, Mlle, Sœur, Père:..... Prénom.....  
Né (e) le ...../...../..... Adresse :.....  
Complément d'adresse : bâtiment, institution, Ehpad : .....  
Code Postal..... Ville :.....  
Tél. fixe :..... mobile :..... E-mail :.....  
Pour les malades en institution, Ehpad : poste ou service .....  
**Vous vivez :**  Seul(e) à votre domicile  En institution  En famille Sexe :  M  F  
Nombre de pèlerinage(s) avec l'Hospitalité ..... Date du dernier pèlerinage .....

N° Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Paroisse :** ..... Foulard Rouge :

J'autorise la diffusion sur supports audiovisuels:  OUI  NON

J'autorise la publication de mes coordonnées dans l'annuaire de l'Hospitalité  OUI  NON

**Souhait d'hébergement:** Si accord de la commission médicale :  Accueils SF ou ND (490 €) coût réel du Pèlerinage (520€)  
 Hôtel C1 ( 640 €)  Sup. ch. seule ( 140 €)  ..Hôtel C2 (580 €)  Sup.ch. seule ( 140 €)

**Règlement:** par chèque à l'ordre de BIPEL ou  par virement à BIPEL (IBAN FR28 3000 2080 5600 0007 0301 B95)

**Votre transport entre votre domicile et le lieu de départ pour Lourdes** (aller et retour) peut être assuré par:

Aller: Nom ..... Prénom ..... Mobile ..... Email .....@.....  
Retour: Nom ..... Prénom ..... Mobile ..... Email .....@.....

**Venez-vous seul(e) en pèlerinage à Lourdes:**  Oui

**Si vous venez accompagné(e) :** par  une personne malade,  un soignant habituel,  un Hospitalier,  en famille  
**précisez** s'il s'agit d'un conjoint, un enfant, en fratrie, un ami,.....

**Personne à prévenir:** Nom :..... Prénom.....

Lien de parenté ou représentant légal :..... Adresse :.....

Code Postal.....Ville..... Tél. fixe.....Tél.mobile.....

Email @

**Nom de la personne qui vous a proposé le pèlerinage :** Nom: ..... Prénom: .....

Adresse..... Code Postal.....Ville.....

Tél.fixe Tél.mobile: e-mail @

**Tuteur-Curateur :** Nom de l'organisme : .....

Nom..... Prénom..... Adresse: .....

Code Postal ..... Ville..... Tél. fixe..... Tél.mobile.....

e-mail @ (bien lisible)

**Hospitalité Notre Dame de Lourdes du Diocèse de Versailles**