



VOYAGE	
ALLER	RETOUR
<input type="checkbox"/> Car (Comité) : _____	<input type="checkbox"/> Car (Comité) : _____
Lieu départ : _____	Lieu retour : _____
<input type="checkbox"/> Train (couleur) : _____	<input type="checkbox"/> Train (couleur) : _____
Gare départ : _____	Gare retour : _____
<input type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Avion
<input type="checkbox"/> Par mes propres moyens	<input type="checkbox"/> Par mes propres moyens

photo de face

A COLLER

Ou à insérer sur dossier informatique : *dans ce cas merci de cocher l'onglet*

Pèlerin malade ou handicapé

Pèlerin accompagnateur logé en Accueil

Hospitalier accompagnateur logé en Accueil

1 - AFIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE

M, Mme, Mlle, Père, Frère Sœur - Nom : _____ Prénom _____

Date de naissance : _____ Age _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Localité : _____ Nationalité : _____

E-Mail : _____ Mobile : _____ Téléphone : _____

N'étant pas à cette adresse dans les 10 jours avant le départ du pèlerinage, je souhaite recevoir les dernières informations à l'adresse suivante :

Situation de famille : Célibataire, Marié, Veuf, Divorcé, Nombre d'enfants : _____

N° sécurité sociale : /

N° du centre de sécurité sociale et adresse _____

Mutuelle _____

(Apporter carte vitale et carte de mutuelle lors du pèlerinage)

En cas d'urgence, NOM de votre correspondant : _____ Prénom : _____

Lien de Parenté : Famille (*préciser le lien familial*) _____ Ami

Son adresse : _____ Téléphone : _____

E-Mail : _____ Mobile : _____

Je vis seul (e) Je vis en famille Je vis en établissement

Ma profession : _____ Ma profession antérieure _____

Je suis sous curatelle Nom et adresse de mon curateur : _____

Je suis sous tutelle Nom et adresse de mon tuteur : _____

2 - AFIN DE MIEUX VOUS ACCUEILLIR

Pourquoi venez-vous à Lourdes ? _____

Etes-vous déjà venu(e) à Lourdes comme personne malade ou handicapée ? Oui Non

Si oui : avec le National En quelle année ? _____

Avec un autre pèlerinage Lequel ? _____ En quelle année ? _____

Faites-vous partie d'une association de personnes malades ou handicapées (APF, Foi & Lumière, A bras ouverts ...) Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

3 - AUTONOMIE MOTRICE

Je pèse _____	Je mesure _____		
Je peux me lever	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux me laver	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux m'habiller	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux manger et boire	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je dois aller au WC	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
J'ai besoin de barrières à mon lit :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Je suis sous oxygène :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'ai une prothèse dentaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mon fournisseur est :	
		J'utilise un extracteur d'oxygène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		J'utilise un appareil pour apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4 - MODE D'ALIMENTATION - REGIME

Alimentation :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Haché (type viande hachée)	<input type="checkbox"/> mixé (type purée)	
Régime :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> diabétique	<input type="checkbox"/> diabétique & sans sel	<input type="checkbox"/> sans alcool
	<input type="checkbox"/> sans fibres	<input type="checkbox"/> sans gluten	<input type="checkbox"/> sans sel	<input type="checkbox"/> végétarien
Repas	<input type="checkbox"/> En salle à manger	<input type="checkbox"/> En chambre allongé		

5 - CONDITIONS DE DEPLACEMENT ET DE STATIONNEMENT A LOURDES

<input type="checkbox"/> à pied	<input type="checkbox"/> dans mon fauteuil personnel mécanique	<input type="checkbox"/> dans mon fauteuil personnel électrique,
<input type="checkbox"/> en petite voiture	<input type="checkbox"/> sur un brancard	
<input type="checkbox"/> je crains le stationnement au soleil	<input type="checkbox"/> j'aurai une canne	<input type="checkbox"/> j'aurai un déambulateur

6 - COMMUNICATION

Oreilles	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Malentendant appareillé	<input type="checkbox"/> Malentendant non appareillé
	<input type="checkbox"/> Sourd Gestuel	<input type="checkbox"/> Sourd non gestuel	
Vue	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Malvoyant	<input type="checkbox"/> Non voyant
Parole	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Impossible

7 - ACTIVITES PENDANT LE PELERINAGE

A quelle activité souhaitez-vous participer ?	
<input type="checkbox"/> Pélé Adulte	<input type="checkbox"/> Activités jeunes (18/35 ans)
<input type="checkbox"/> Pélé Espoir (adultes handicapés mentaux)	<input type="checkbox"/> Pélé Soleil (8/14 ans)
<input type="checkbox"/> Pélé Eveil (Pèlerinage en famille avec un enfant handicapé au sein de la famille)	<input type="checkbox"/> Pélé Mosaïque
<input type="checkbox"/> Sourds (langue des signes et appareillés)	<input type="checkbox"/> Petits Frères des Pauvres
<input type="checkbox"/> Serveurs de l'Espérance (pèlerins handicapés en service)	<input type="checkbox"/> Chrétiens d'Orient

8- HEBERGEMENT A LOURDES

Accueil <input type="checkbox"/>	Hôtel <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous être hébergé (e) avec une personne handicapée de votre choix <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, son NOM et son Prénom _____ <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Ami	
Si vous êtes déjà venu(e) à Lourdes, souhaitez-vous, dans la mesure du possible , être dans une unité précise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, laquelle ? _____	
Devez-vous être logé(e) avec un accompagnateur valide : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, son NOM et son Prénom _____ <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre	

Réservé au comité

Date de réception de ce dossier _____ / 2018 par : Prénom NOM _____
Commentaires :