



## Pèlerinage à Lourdes du 5 au 10 août 2025

- dossier :**
- ✓ A remplir lisiblement et précisément **en lettres capitales** par toute personne habilitée.
  - ✓ A retourner par **papier** à **Dominique Péteul, impérativement avant le 15 mai 2025**

### I- DONNÉES GÉNÉRALES DU PÈLERIN MALADE :

#### A – Coordonnées du pèlerin malade :

Mme ou M. : **NOM**..... **Prénom** : .....

date de naissance : .. / .. / .... tel. fixe : .....

tel. portable : ..... e-mail : .....

adresse précise : rue ou lieu-dit ..... N° .....

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

#### B – Coordonnées de la tutelle ou curatelle :

**Organisme** ..... **M/Mme**.....

adresse postale : .....

e- mail ..... tél .....

#### Autorisation pour ladite personne sous curatelle / tutelle :

Je soussigné (e) : ..... Autorise : .....

à participer au pèlerinage du Poitou à Lourdes dans les conditions visées à la demande ci-dessus.

A..... Le..... *Signature* :

#### C – Transport :

**Le voyage s'effectue obligatoirement en car** du point de départ à l'accueil Saint Frai. Les horaires vous seront précisés par courrier 15 jours avant le départ avec les informations nécessaires concernant le séjour.

Êtes-vous malade en car : **Oui**  **Non**

Vous voyagez :  **Assis** sur un siège normal du car (si besoin, un fauteuil roulant peut vous être fourni à Lourdes)

**Assis** dans votre fauteuil roulant, pliant  ou électrique

**Allongé** sur un brancard, obligatoirement et sur prescription médicale.

**Avez-vous besoin d'aide pour monter dans le car** : **Oui**  **Non**  ou d'un élévateur **Oui**  **Non**

#### Pour le voyage, la personne malade devra se munir de : (dans son sac à main)

- ✓ sa dernière ordonnance
- ✓ ses protections pour la journée
- ✓ si nécessaire une tenue de rechange
- ✓ ses médicaments, insuline... (déjeuner pris au restaurant) (avec une l'ordonnance indiquant les heures auxquelles doit être faite l'insuline - lecteur de glycémie, bandelettes et mode d'emploi dans votre sac).
- ✓ sa Carte Vitale : **joindre obligatoirement une photocopie de la carte vitale à ce dossier d'inscription.**

#### **Personne qui viendra chercher le pèlerin malade au car : obligatoire**

NOM ..... Tél. ....

#### D - Tarif malade : 520 €

Ce tarif comprend : séjour en pension complète à l'accueil Maire Saint Frai, taxes et services, cotisation aux Sanctuaires dont **180 €** pour : transport, déjeuner à l'aller, frais d'inscription, livret de chants, assurances.

La somme due sera versée soit :

par chèque (s) à l'ordre de « **ADP service des pèlerinages** », possibilité de 3 versements

Nom de la banque : ..... N° chèque 1 : ..... N° chèque 2 : ..... N° chèque 3 : .....

par virement ;par le tuteur ou le curateur. **Oui**  **Non**  **libellé Lourdes nom et prénom du malade**

IBAN							BIC
FR76	1027	8368	1100	0112	2100	195	CMCIFR2A

Titulaire du compte : Hospitalité du Poitou Asso Diocésaine de Poitiers

En cas de besoin une facture pourra être élaborée sur demande par mail : [pelerinages@poitiers-catholique.fr](mailto:pelerinages@poitiers-catholique.fr)

**Conditions d'annulation, jusqu'à 15 jours (à revoir en fonction du règlement intérieur de Saint Frai) avant le départ :**  
remboursement du prix du pèlerinage **avec une déduction de 80 €** pour frais de dossier (+ éventuellement frais déjà engagés).  
Aucun remboursement, si annulation pour convenance personnelle.

**E – Personne à prévenir si nécessaire : obligatoire**

NOM ..... Tél. : .....

**F – Vie spirituelle : onction des malades**

Il est possible de recevoir ce sacrement au cours du pèlerinage à Lourdes. Un temps de préparation se fera à Lourdes.

Demandez-vous l'onction des malades à Lourdes : **Oui**  **Non**

**G – Piscines ou geste de l'eau :**

Geste de l'eau : **Oui**  **Non**

Piscines (immersion) : **Oui**  **Non**

**H – Droit à l'image :**

Je consens à être pris(e) en photo et autorise l'Hospitalité du Poitou à l'utiliser soit dans le bulletin, soit sur le site web de l'Hospitalité, sur les réseaux sociaux (dont facebook) et l'affiche de présentation. **Oui**  **Non**

En l'absence de réponse de votre part le oui sera effectif

**II- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PÈLERIN MALADE :**

Selon les possibilités, souhaitez, partager sa chambre avec : .....

Indiquer **obligatoirement** le poids de la personne malade : ..... Kg

**1- personne qui rédige le dossier :**

Nom ..... Prénom ..... Titre : ..... Tél. : .....

**2- Médecin traitant :**

Docteur : ..... Tél. : .....

**3- Handicaps :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> n'entend pas, mal ou appareillé | <input type="checkbox"/> voit peu ou mal               | <input type="checkbox"/> marche avec difficulté                                  |
| <input type="checkbox"/> est difficile à comprendre      | <input type="checkbox"/> est aveugle                   | <input type="checkbox"/> marche avec canne <input type="checkbox"/> déambulateur |
| <input type="checkbox"/> ne parle pas                    | <input type="checkbox"/> se lève et s'assoit seul      | <input type="checkbox"/> ne marche pas du tout                                   |
| <input type="checkbox"/> comprend                        | <input type="checkbox"/> se lève et s'assoit avec aide |  |

**4- Les déplacements de l'accueil Saint Frai au sanctuaire se feront en :**

voiture bleue de Lourdes  fauteuil roulant personnel  brancard roulant de Lourdes

\* si le malade dispose d'un fauteuil roulant, il est nécessaire de s'en munir, autrement la location d'un à Lourdes pourrait lui être facturé

**5- Les régimes :**

repas mixé (semi liquide)  sans sel  aliments déconseillés : .....

haché  diabétique  Autres : Végétarien  
.....

**6- Salle à manger :**

y accède seul(e)  y accède en fauteuil roulant  mange seul(e)

y accède avec un déambulateur  prend ses repas couché(e)  Autre .....

A besoin d'être soutenu par le bras

## 7- Soins quotidiens

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> est allergique à des produits | <input type="checkbox"/> a besoin d'alèses                           | <input type="checkbox"/> a besoin d'une potence de lit                  |
| <input type="checkbox"/> est actuellement en dialyse   | (Si oui, prévoir pour la durée du séjour)                            | <input type="checkbox"/> a-t-il des bas flancs la nuit                  |
| <input type="checkbox"/> a des escarres                | <input type="checkbox"/> a besoin de protections                     | <input type="checkbox"/> un lit à hauteur variable est très souhaitable |
| <input type="checkbox"/> a une sonde                   | (Si oui, prévoir pour la durée du séjour)                            | <input type="checkbox"/> Autre :  |
| <input type="checkbox"/> a des pansements à faire      | <input type="checkbox"/> a besoin d'un urinal la nuit ou d'un bassin |   |

## 8- Habitudes de vie

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a besoin d'un lève malade | <input type="checkbox"/> Fume                     | <input type="checkbox"/> a un appareil dentaire                 |
| <b>a besoin d'aide pour sa toilette,</b>           | <input type="checkbox"/> a une position préférée  | <input type="checkbox"/> a un appareil auditif                  |
| <input type="checkbox"/> du visage                 | Si oui laquelle : .....                           | <input type="checkbox"/> a un appareil spécifique dont appareil |
| <input type="checkbox"/> du corps                  | <input type="checkbox"/> a des zones douloureuses | apnée du sommeil (joindre la notice d'emploi)                   |
| <input type="checkbox"/> a besoin d'oxygène        | Si oui lesquelles :                               | <input type="checkbox"/> porte des lunettes                     |
| Si oui, prévoir sa bouteille                       | .....   |   |

## III - TRAITEMENT du PÈLERIN MALADE : à remplir obligatoirement

### 1) Traitement médicamenteux par voie orale : Oui Non

si oui, chaque malade emportera :

- **la dernière ordonnance.**

- un pilulier journalier **rempli pour la durée du séjour**, pour les médicaments du matin, du midi et du soir.

- ses boîtes de médicaments (**dans leur emballage initial**).

### 2) Traitement médicamenteux par une autre voie : Oui Non

Si oui, chaque malade emportera : - suppositoire, pommade pour application, patch...

### 3) Soins infirmiers techniques :

pansement : Oui  Non       sonde : Oui  Non       injection : Oui  Non

oxygène Oui  Non

Nom et l'adresse de la société qui vous le fournira :

**injection d'insuline :**

doses : ..... heures auxquelles elles doivent être faites : .....

*Les pèlerins malades sous insuline doivent prendre avec eux leur lecteur de glycémie, avec un nombre suffisant de bandelettes et le mode d'emploi.*

### 4) Êtes-vous allergique à certains médicaments :

si oui, lesquels : .....

### 5) Réactions habituelles à la prises de traitement :

(exemple : difficulté à l'accepter, besoin d'être stimulé, attention particulière à la prise de tel ou tel médicament, nausées)

### 6) Difficultés d'orientation :

Temps (jours, année)       Espace (lieux)      Tendance à la fugue ? Oui  Non

Maladie d'Alzheimer : Oui  Non  : **si oui, un accompagnement par un proche est obligatoire**

Nom de l'accompagnant ..... Prénom de l'accompagnant .....

### 7) Difficultés mentales : (mémoire, compréhension, raisonnement)

.....

### 8) Évènement récents ou non ayant des conséquences sur la vie quotidienne :

(Perte d'un être cher, retraite, maladie, handicap...).....

**9) Pour les coordonnateur ou l'infirmier-ière coordonnateur-trice :**

Merci de nous communiquer tout document sur les habitudes de vie ou conseils à donner :

.....

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions relatives audit pèlerinage organisé par l'Hospitalité du Poitou (programme, de la participation financière...) , je les accepte.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ à \_\_\_\_\_ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)