



Pèlerinage à Lourdes du 4 au 9 août 2026

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 2026**

I- DONNÉES GÉNÉRALES DU PÈLERIN MALADE :

A – Coordonnées du pèlerin malade :

☐ Mme ☐ M. NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse postale :

N° tel portable :

Code postal et ville :

Adresse mail :

B – Coordonnées de la tutelle ou curatelle :

Organisme :

☐ Mme ☐ M. NOM :

Adresse postale :

N° tel portable :

Code postal et ville

Adresse mail :

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 ✓ si nécessaire une tenue de rechange
- ✓ ses protections pour la journée
- ✓ 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 : 545 €

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

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. (portable) :

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. (portable) :

2- Médecin traitant :

Docteur :

Tél. (portable) :

3- Handicaps :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ n'entend pas, mal ou appareillé | ☐ voit peu ou mal | ☐ marche avec difficulté |
| ☐ est difficile à comprendre | ☐ est aveugle | ☐ marche avec canne |
| ☐ ne parle pas | ☐ se lève et s'assoit seul | ☐ déambulateur |
| ☐ comprend | ☐ se lève et s'assoit avec aide | ☐ ne marche pas du tout |

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 facturée**

5- Les régimes :

- | | |
|--|--|
| ☐ repas mixé (semi liquide) | ☐ aliments déconseillés : |
| ☐ haché | |
| ☐ sans sel | ☐ Autres : Végétarien |
| ☐ diabétique | |

6- Salle à manger :

- | | |
|--|--|
| ☐ y accède seul(e) | ☐ mange seul(e) |
| ☐ y accède avec un déambulateur | ☐ prend ses repas couché(e) |
| ☐ A besoin d'être soutenu par le bras | ☐ Autre : |
| ☐ y accède en fauteuil roulant | |

7- Soins quotidiens

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

8- Habitudes de vie :

- ☐ *a besoin d'aide pour sa toilette,* ☐ du visage ☐ du corps
- ☐ Fume
- ☐ a un appareil dentaire ☐ a un appareil auditif ☐ porte des lunettes
- ☐ a une position préférée, si oui laquelle :
- ☐ a des zones douloureuses, si oui lesquelles :
- ☐ a un appareil spécifique dont appareil apnée du sommeil (joindre la notice d'emploi)
emporter sa machine
- ☐ a besoin d'un lève malade (transmettre l'ordonnance de location de la part du médecin traitant pour la durée du pèlerinage du 4 au 9 août 2026)
- ☐ a besoin d'oxygène (transmettre l'ordonnance de location de la part du médecin traitant), si oui, prévoir sa bouteille (transmettre ordonnance de location pour une bouteille supplémentaire) ou extracteur

III - TRAITEMENT du PÈLERIN MALADE : à remplir obligatoirement

1) Traitement médicamenteux par voie orale : ☐ oui ☐ non

si oui, chaque malade emportera :

- la dernière ordonnance obligatoire

- 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 autre : ☐ 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 ou location à la pharmacie la plus proche de l'hébergement avec ordonnance du médecin traitant

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) Tendance à la fugue : ☐ oui ☐ non

☐ Espace (lieux) **Si oui : prévoir un système de localisation (ex. petit badge apple)**

hospitalité : voir pour un gilet avec le n° portable président pour rappel (hospitalité Poitou, Saint Frai Merci d'appeler n° portable)

Maladie d'Alzheimer : ☐ oui ☐ non : **si oui, un accompagnement par un proche est obligatoire**

NOM et 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 :

.....
.....

OBLIGATOIRE pour tout malade : un sac à dos/main/trousse **avec lui dès la montée dans le car, comprenant :**

- carte vitale : original ou copie de qualité
- carte de la complémentaire santé : original ou copie de qualité
- carte d'identité : original de préférence ou copie de qualité (recto-verso).
- carte du groupe sanguin : original ou copie de qualité
- L'ordonnance en vigueur

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

Date : ____/____/____/ à _____ Signature (précédée de la mention

« lu et approuvé »)