

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR PELERIN DE L'ACCUEIL

LOURDES 13-19 JUILLET 2025

Dernier délai d'inscription : 01 JUIN 2025

Veillez remplir impérativement et lisiblement toutes les rubriques.



La Suisse à Lourdes
Pèlerinage d'été

Madame Monsieur Sœur Prêtre Accompagnant malade

Nom	Prénom
Rue et N°	Nationalité
N°postal	Domicile
Tél. fixe	Portable
Né (e) le / /	E-mail
Etablissement médical	Assurance maladie
Lieu de Départ	N°carte : 80756...

Les lieux de rassemblement vous seront communiqués en temps voulu.

Je désire voyager :

- Pèlerin malade en car, logement Accueil ND Fr. 450.- Fr. _____
 Accompagnant en car, logement Accueil ND Fr. 710.- Fr. _____

Assurance Annulation obligatoire :

- Oui, je désire l'assurance annulation Fr. 40.- Fr. _____
 Non, j'ai une assurance annulation privée

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Une personne m'accompagne à Lourdes : OUI NON

Nom et prénom de l'accompagnant _____ Téléphone _____

Cette personne logera : A l'accueil ND** A l'hôtel*

*Si cet (te) accompagnant (e) loge à l'hôtel il/elle doit remplir un bulletin d'inscription pèlerin.

**Si cet (te) accompagnant (e) loge à l'Accueil Notre Dame il/elle doit remplir un bulletin d'inscription pour pèlerin malade et cocher la rubrique accompagnant malade.

Photos et vidéos prises durant la semaine :

- Oui, j'accepte leur publication (Site, facebook, instagram, flyers, clip...)
- Non, je n'autorise pas leur publication

Communication :

- Oui, j'accepte de recevoir toutes les informations par e-mail
- Non, je préfère recevoir les informations par courrier

Jubilairer :

- De mariage : 5, 10, 15, 20, 30...ans et nous sommes les deux présents à Lourdes (nombre.....)
- De sacerdoce : 5, 10, 15, 20, 30... ans de sacerdoce ou de vie religieuse (nombre.....)

J'accepte vos conditions générales dont j'ai pris connaissance.

Lieu et date

Signature

Inscriptions et renseignements :

Voeffray Anne-Chantal, Route de l'Abbaye 36, 1963 Vétroz
+41 79 748 89 29 inscriptions@pele-ete-lourdes.ch



CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL (à l'attention du médecin responsable du pèlerinage)

Obligatoire pour les pèlerins à l'Accueil

Nom : Prénom :

Adresse : Date de naissance :

Localité (No Postal) : Canton :

No de Téléphone :

Personne à atteindre en cas d'urgence :

Adresse :

No de téléphone

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT :

Diagnostic(s) :

.....

.....

.....

État clinique : stable instable

État compatible avec un transport en car d'une durée de 12 à 14 heures : Oui Non

Position couchée souhaitée : Oui Non

Complications ou urgences possibles pendant le voyage et durant le séjour :

.....

Autres affections :

.....

Traitements en cours* et posologie : (le patient doit se munir de tous ses médicaments pour 8 jours)
Cf « carte de traitement » sur le document « Informations confidentielles pour l'infirmier/-ère responsable, vérifiée/complétée par le médecin traitant.

.....

Sachant que le voyage en car durera entre 12 à 14 heures, pensez-vous que l'administration en s/c d'HBPM soit indiqué : oui non

Si oui, merci de prescrire l'HBPM de votre choix et de vous assurer que l'administration puisse être assurée avant le départ de votre patient.

*y compris traitement non-pharmacologiques (oxygène, transfusion, etc.)

Directives anticipées : (si écrites, à joindre à ce certificat SVP) oui non

Allergies :

Régime alimentaire : normal diabétique sans sel Mixé autre :

Statut COVID : Je suis vacciné oui non
J'ai eu la maladie, date(s) :

Remarques et commentaires particuliers :

.....

.....

.....

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin :

.....

.....

Certificat à renvoyer **au plus tard pour le 05 juin 2025** à l'adresse suivante :

Voeffray Anne-Chantal, Route de l'Abbaye36, 1963 Vétroz

Mail : annechantal75@bluewin.ch tel : 079/748 89 29

Nom :
Prénom :
Médecin traitant :



La Suisse à Lourdes
Pèlerinage d'été

Informations confidentielles pour l'infirmier (ère) responsable.

Nous vous prions (participants, proche aidant, soignants) de remplir ce formulaire complètement même si vous avez déjà participé plusieurs fois à un pèlerinage à Lourdes.

**Ce formulaire doit être renvoyé de suite à l'adresse suivante : Voeffray Anne-Chantal
Route de l'Abbaye 36
1963 Vétroz**

EMS-CMS : si vous souhaitez nous fournir votre plan de soins, merci de nous l'envoyer également le plus vite possible. Vous pourrez fournir des informations plus récentes lors du départ.

Souhaits :

Je désire voyager avec

Je souhaite partager ma chambre avec

Mobilité

Je peux marcher seul(e)

Je peux marcher avec : 1 canne 2 cannes mon déambulateur
(rollator)

Je peux marcher avec l'aide d'une personne

Je me déplace en chaise roulante

J'ai mon propre fauteuil roulant manuel électrique

Je souhaite un fauteuil roulant de prêt

J'effectue les transferts chaise roulante

seul (e) avec 1 personne avec un élévateur

Soins d'hygiène

J'ai besoin d'aide partielle complète pour effectuer ma toilette

au lavabo bas au lit /haut au lavabo au lit

J'ai besoin d'aide pour la douche

sur chaise percée sur lit de douche

J'ai besoin d'aide pour m'habiller et me déshabiller

J'ai besoin d'aide pour mettre :

mes bas de contention mes bandes de contention

Je porte des prothèses dentaires

supérieure inférieure

Alimentation

- J'ai besoin d'aide pour couper et préparer les aliments
- J'ai besoin d'aide pour boire
- J'ai besoin d'aide pour manger
- J'ai besoin d'un régime
 - mixé
 - viande hachée
 - autre : (si possible)

Élimination

- Je porte des protections contre l'incontinence de jour de nuit
- J'ai besoin d'être accompagné aux WC de jour de nuit
- J'ai besoin d'aide pour l'hygiène intime aux WC
- J'ai besoin d'un vase
- J'ai besoin d'un urinal

Difficultés particulières

- J'ai des difficultés pour voir lunettes
- J'ai des difficultés pour entendre appareil acoustique droit gauche
- J'ai des difficultés pour parler

Sécurité

- J'ai besoin de barrières au lit
- J'ai besoin d'un lit électrique
- Risque de chute
- Risque escarre
- Risque de consommation abusive d'alcool
- Risque de fugue risque d'errance
- Risque de crise d'angoisse
- Poids :Kg.

Équipements

- Je porte une sonde vésicale
- J'ai une colostomie : poche à changer les :
 plaque à changer les :
- J'ai un pansement à changer :

Localisation :

Fréquence des pansements :

Protocole :

- Autres problèmes cutanés et traitement :

Veillez à prendre avec vous tout le matériel nécessaire à ces soins.

CARTE DE TRAITEMENT

J'ai besoin d'aide pour gérer mes médicaments oui non

Mon traitement actuel : **à remplir impérativement (ou joindre plan de traitement)**

Médicament	Dosage	Forme	08.00	12.00	18.00	22.00	Réserve

Gouttes oculaires

œil droit

œil gauche

Produit	Horaires

Aérosols / Sprays / Inhalateurs

Produit	Horaires

Je porte une CPAP / horaires :

Je reçois de l'oxygène : dosage :.....

Horaires :.....

Je suis diabétique glycémies.....

Insuline / Dosage	Horaires

Autres traitements ou injections :

.....