



**PELERINAGE DIOCESAIN DE LOURDES**  
**DU 23/08/2024 AU 26/08/2024**

**FEUILLE D'INSCRIPTION DES PELERINS MALADES**

**Très important de remplir consciencieusement toutes les rubriques ci-dessous**

**VOUS DEVEZ ENVOYER AVEC CETTE FICHE le dossier médical complété par votre médecin traitant et une copie de la dernière ordonnance en cours sous enveloppe cachetée.**

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Sexe :

Lieu d'embarquement souhaité :

Téléphone :

Poids :

Taille :

Médecin traitant :

Tel :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :**

Hospitalier

Tuteur

Famille

Personne de confiance

Nom et Prénom : ..... Tel / Port : .....

Tel de la personne à contacter pour le retour : .....

Organisme de tutelle, le cas échéant : .....

**Position pour le voyage :**

Assis

Assis dans son fauteuil roulant avec appui-tête

Electrique

*Pouvez-vous monter les marches du car ?*

OUI

OUI avec aide

NON

**Locomotion :**

Déplacement seul

Avec aide humaine

Avec cannes

Avec déambulateur

Votre fauteuil roulant

Prothèse (hanche, genou, épaule, droite, gauche) : .....

**Déficit neurosensoriel :**

**Vision**

Ne voit pas

Voit mal

Lunettes

**Audition**

N'entend pas

Entend mal

Prothèses auditives

**Parole**

Ne parle pas

Parle difficilement

Risque de se perdre

Désorientation

**Régime alimentaire :**

Normal

Haché

Mixé

Diabétique

Sans sel

Troubles de la déglutition

Eau gélifiée

Aide au repas : OUI  NON

Nutrition parentérale

Prothèse dentaire : Haut

Bas

**Toilettes :**

Autonome

Aide partielle

Aide totale

Toilette au lit

