



Hospitalité

Notre-Dame de Lourdes
du Diocèse d'Agen




FICHE D'INSCRIPTION – PÈLERINAGE DES MALADES – LOURDES 2026

 *Servir avec Humour, Humilité et Amour*

 **Du lundi 20 au 24 juillet 2026**

 Centre d'Accueil Marie Saint Frai, Lourdes

 À retourner avant le **31 mai 2026**, par mail à :

Hospitalité Notre-Dame de Lourdes – Diocèse d'Agen

43, boulevard Édouard Lacour – 47000 AGEN

 hospitalite.agen@gmail.com


 Sylvie SEGONNES : 06 11 40 79 04


 Cécile KAUFFER : 06 07 15 90 13

Chers amis,

Le pèlerinage diocésain à Lourdes aura lieu du **20 au 24 juillet 2026**. Le thème proposé cette année est :
« Réjouis toi ! »

L'hébergement se fera au **centre Marie Saint Frai**, établissement médicalisé, équipé pour accueillir personnes âgées, en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Les hospitaliers du diocèse seront à vos côtés pendant ces 5 jours pour vous servir, vous accompagner, et vous faire vivre un temps de foi, de rencontre et de paix.

 L'objectif : permettre à des personnes isolées, malades ou âgées de vivre le pèlerinage dans les meilleures conditions.

 **Coût du séjour : 250 €** (tout compris : transport, hébergement, pension complète, accompagnement).


 **Personnes dialysées** : un accompagnement est possible – nous contacter rapidement.

@ À partir de cette année, notre hospitalité s'est dotée d'un logiciel d'inscription qui vous permettra de vous inscrire directement sur une plateforme. Vous recevrez prochainement un mail avec les informations nécessaires.

 Nous vous demandons de privilégier cette nouvelle procédure.

Cependant, pour cette première année, vous trouverez ci-joint un dossier papier.

Nous vous remercions de remplir avec soin ce dossier et de le retourner **le plus tôt possible**, au plus tard le **31 mai 2026**. Le **certificat médical** devra être établi **dans les 15 jours** précédant l'arrêt des inscriptions.

 Si vous avez des difficultés financières, **n'hésitez pas à nous en parler**.
L'argent ne doit jamais être un frein.

Fraternellement / **Le Bureau de l'Hospitalité Notre-Dame de Lourdes – Diocèse d'Agen**

BULLETIN D'INSCRIPTION

- Nom / Prénom : _____
 - Date de naissance : ___ / ___ / _____
 - Adresse complète : _____
 - Code postal : _____ Ville : _____
 - Téléphone fixe : _____ Portable : _____
 - Adresse mail : _____
 - Personne à prévenir en cas d'urgence : _____
Lien : _____ Téléphone : _____
 - Êtes-vous sous tutelle ? Oui Non (rayer la mention inutile)
Si oui :
 - Nom / Prénom du tuteur : _____
 - Adresse : _____
 - Téléphone : _____ Mail : _____ (obligatoire)
 - Paroisse ou commune d'origine : _____
 - Première participation ? Oui Non
-

TRANSPORT

- AGEN AIGUILLON ASTAFFORT CASTELJALOUX FUMEL
 MARMANDE NÉRAC SAINTE-LIVRADE TONNEINS VILLENEUVE

- Nom de la personne qui vous accompagne au car : _____
 - Téléphone : _____
 - Matériel médical :
 - Je viens avec mon fauteuil roulant / électrique
 - Je viens avec un déambulateur
 - Je souhaite qu'un fauteuil me soit prêté sur place
 - Je souhaite qu'un déambulateur me soit prêté
-

HÉBERGEMENT

Vous serez logé au **Centre Marie Saint Frai**.

La literie est fournie, les draps sont changés chaque fois que cela est nécessaire et même plusieurs fois pendant le séjour. Les chambres sont médicalisées.



Hospitalité
Notre-Dame de Lourdes
du Diocèse d'Agen



DOSSIER MÉDICAL – À faire remplir par le médecin traitant

Nom : Prénom :

ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE DE NOTRE-DAME DE LOURDES

Pèlerinage diocésain à Lourdes du Lundi 20 au vendredi 24 juillet 2026

Aux termes du règlement, les personnes âgées, malades ou en situation de handicap qui désirent prendre part au pèlerinage doivent être pourvues d'un certificat médical délivré dans la quinzaine qui précède la date d'arrêt des listes des pèlerins. Ce certificat doit être aussi complet et précis que possible. La présente fiche ci-jointe a pour but de faciliter la rédaction de ce document important et sera remise directement à la personne désirant être inscrite au pèlerinage des personnes âgées, malades ou handicapées à son médecin traitant habituel qui réglera personnellement les frais de ce certificat et son affranchissement.

Madame, Monsieur et cher(e) Confrère,

Nous vous prions instamment, avec l'autorisation implicite que vous en donne la personne âgée, malade ou en situation de handicap, de bien vouloir remplir la présente fiche médicale :

avant le 31 mai 2026

Le bureau médical de LOURDES s'engage à n'user de votre nom et à ne le publier qu'avec votre autorisation formelle.

Le présent questionnaire n'a rien de scientifique. Il ne constitue qu'un simple guide destiné aux commémoratifs de la maladie.

Nous vous serions reconnaissants d'y indiquer clairement le traitement et le régime du malade afin que nous soyons en mesure de respecter vos prescriptions pendant la durée du pèlerinage.

Veillez agréer, Madame, Monsieur et cher(e) Confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Docteur de l'Hospitalité Diocésaine
Pierre-Jean PUDAL

N.B. – Il est possible d'accueillir à Lourdes des malades dialysés.

Nom : Prénom :

Observations médicales générales :




- **Antécédents :** _____

- **Pathologies actuelles :** _____

- **Traitement en cours :** _____

- **État psychique :** _____

- **Autonomie :** Bonne Moyenne Faible
- **Mobilité :** Seul Avec aide (canne, déambulateur) Fauteuil roulant
- **Toilette :** Seul Avec aide au lavabo Au lit
- **Élimination :** Normale Incontinence Couches Sonde urinaire
- **Prise de traitement :** Autonome Aide IDE nécessaire
- **Allergies :** _____
- **Surveillance particulière :** _____
- **Soins à prévoir :** _____
- **Besoin d'oxygène :** _____


 Glycémie : _____  Tension artérielle : _____  INR (si concerné) : _____

ALIMENTATION

- Régime alimentaire :
 - Normal Sans sel Diabétique + sans sel Hépatique
 - Haché Mixé Coupé menu
- Difficultés de mastication ou de déglutition ? _____
- Dentier
- Besoin d'une assistance individuelle pour faire manger

  **Nom et cachet du médecin :** _____

 Téléphone : _____

 Date : ___ / ___ / _____

Cachet du médecin

 Merci de retourner ce dossier à :

Hospitalité ND de Lourdes – 43 bd Edouard Lacour – 47000 AGEN

 En cas de question :

 hospitalite.agen@gmail.com

 Sylvie SEGONNES : 06 11 40 79 04

 Cécile KAUFFER : 06 07 15 90 13

 Médecin coordinateur : Dr Jean-Pierre Pudal

 Merci pour votre confiance et votre engagement !