



Pelegrinatge de:.....

FULL D'INSCRIPCIÓ

Delegació

FOTO
OBLIGATÒRIA
PRIMERA VEGADA

**MALAT/DISCAPACITAT HOSPITALARI PELEGRI
V. ESCOLAR..... JOVE < 30 ANYS..... ALTRES**

Num Inscripció:	Planta i Sector:	Habitació:
-----------------------	------------------------	------------------

Nom Cognoms

Home Dona DNI Data naixement/...../.....

Edat Num. Targeta Sanitària Europea

Adreça.....

Edifici Escala Núm Pis..... Porta

Població C.P

Telèfons
Mòbil Particular

E-mail

Com prefereix rebre la informació de la Hospitalitat?

Per Email..... Per correu ordinari..... Per telèfon

Professió

Especifiqueu la vostra formació (si escau): FARMACÈUTIC/A METGE/SSA INFERMER/A.....

Parròquia a la que pertany:

En cas d'urgència
Nom del familiar o persona responsable Telèfon de contacte

DIETA. Completar tothom

NORMAL TOBA TRITURADA DIABÈTICA
SENSE SAL ALTRES

AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTARIA Indicar a qué?

Necessiteu ajuda per menjar?

TRANSPORT. Completar tothom

Autocar Cotxe particular

Viatgeu amb cadira de rodes? SI NO

Tipus de cadira? MANUAL ELÈCTRICA MOTO

En cas d'anar amb cadira de rodes manual, podeu viatjar en butaca? SI NO

Viatgeu acompanyat/ada? SI..... NO NOM:.....

ALLOTJAMENT

Tots els malalts i persones amb discapacitat s'allotjen al Accueil.

Acompanyants de malalts i de persones amb discapacitat:

Vosté dormirà al'Accueil acompanyant a algú malalt? SI NO

A quí?

Hospitalaris i Pelegrins:

Hotel:.....

Habitació Individual Habitació Doble Habitació Triple

Per compartir amb:.....

SERVEIS A LOURDES

Quin servei vol realitzar a Lourdes.....

Amb quí voldria realitzar el seu servei

Vol fer GUARDIA DE NIT? SI..... NO..... Amb quí?

Marqueu amb una X si correspon:

PRIMERA VEGADA QUE US INSCRIVIU

MÉS DE 3 PELEGRINATGES QUE NO HEU VINGUT

MÉS DE 50 ANYS FORMANT PART DE LA HOSPITALITAT