



FULL D'INSCRIPCIÓ

Pelegrinatge de _____
Delegació _____

FOTOGRAFIA
OBLIGATÒRIA
(1er any)

Hospitalari /a Pelegrí /na Acompanyant de Malalts

A omplir per l'Hospitalitat:

Hotel _____ Autocar _____ Num. Inscripció _____

(Si és possible complimentar amb lletra majúscula)

A complimentar per totes les inscripcions d'HOSPITALARI/A

Infantil (12-15 anys) Vol. Escolar (16-18 anys) Jove (19-30 anys)
Metge/ssa Infermer/a Farmacèutic/a Fisioterapeuta
Religiós/sa Sacerdot Diaca Seminarista Altres

Nom _____ Cognoms _____

Home Dona D.N.I./Passaport _____

Data Naixement ___/___/___ Edat ___ anys.

Núm. Targeta Sanitària Europea _____ Data de Venciment ___/___/___

Adreça _____

Edifici _____ Escala _____ Núm. _____ Pis _____ Porta _____

Població _____ Codi Postal _____

Telèfons: Mòbil _____ Particular _____

e-mail _____

Com prefereixes rebre la informació de l'HOSPITALITAT?

Per e-mail Per correu ordinari Per telèfon

Professió _____ (Els jubilats o pensionistes indiqueu la vostra darrera ocupació)

Parròquia a la que pertany _____ Bisbat _____

En cas d'urgència contactar amb _____

(nom del familiar o persona responsable) al telèfon _____

Vol formar part del grup de persones que faran suport / acompanyament al malalt, quan tornem del pelegrinatge SI NO (en cas afirmatiu una persona del grup de suport es posarà en contacte amb vostè)

Manifesto que no incorro en cap de les incompatibilitats definides en l'article 13.5 de la Llei Orgànica 1/1996 de 15 de gener, de protecció jurídica al menor, per desenvolupar la docència i la guarda de menors i persones discapacitades.

Complimentar al dors \rightleftarrows

Manifesto el meu consentiment perquè l'HOSPITALITAT tracti tota la informació facilitada i la que elabori posteriorment, en les condicions previstes en l'article 5 de la Llei Orgànica de Protecció de Dades (LOPD), i d'acord amb lo exposat en el document de consentiment adjunt, que signo i rubrico.

DIETES ESPECIALS (A COMPLIMENTAR PER TOTHOM)

NORMAL TOBA TRITURADA DIABÈTICA SENSE SAL ALTRES

AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA, INDICAR A QUÈ _____

TRANSPORT (A COMPLIMENTAR PER TOTHOM)

VIATJEU EN: AUTOCAR COTXE PARTICULAR

VIATJEU EN CADIRA DE RODES: SI NO

TIPUS DE CADIRA: MANUAL NORMAL MANUAL ADAPTADA ELÈCTRICA MOTO

EN CAS D'UTILITZAR CADIRA DE RODES MANUAL, PODEU VIATJAR ASSEGUT EN BUTACA: SI NO

VIATGEU ACOMPANYAT/ADA? SI NO NOM ACOMPANYANT _____

ALLOTJAMENT (A COMPLIMENTAR PER TOTHOM)

TOTS ELS MALALTS S'ALLOTJEN A L'ACCUEIL

ACOMPANYANTS DE MALALTS:

Vostè dormirà a l'Accueil acompanyant algun malalt? SI NO (En cas negatiu informi opcions d'hotel com a [pelegrí](#))

Indiqui'ns el nom del malalt: _____

HOSPITALARIS I PELEGRINS

Hotel _____ Habitació INDIVIDUAL COMPARTIDA 2 / 3 PERSONES

Habitació compartida amb _____

JOVES I VOLUNTARIS ESCOLARS: L'HOSPITALITAT us assignarà hotel

HOSPITALARIS - SERVEIS A LOURDES

Nota: es recorda que els serveis a Lourdes són voluntaris, l'HOSPITALITAT procurarà mantenir la vostra sol·licitud, però en cas necessari us podríem destinar a un altre servei. En tot cas seria prèviament informat/da

Quin servei vol realitzar a Lourdes? _____

Amb qui voldria realitzar el seu servei? _____

GUÀRDIA DE NIT? SI NO Amb qui _____

Es recorda a tots els hospitalaris que en el viatge, anada i tornada, cal col·laborar amb el responsable de l'autocar per la millor atenció dels malalts i persones amb capacitats reduïdes.

INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA (Marqueu amb una X la casella que correspongui)

ÉS LA PRIMERA VEGADA QUE US INSCRIVIU?

FA MÉS DE 3 PELEGRINATGES QUE NO VENÍEU?

FA MÉS DE 50 ANYS QUE FORMEU PART DE L'HOSPITALITAT?



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

Nom _____ Cognoms _____

AL·LÈRGIES A MEDICAMENTS SI NO En cas de resposta afirmativa, indiqueu a quins medicaments:

AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES SI NO En cas de resposta afirmativa, indiqueu a quins aliments:

ALTRES AL·LÈRGIES SI NO En cas de resposta afirmativa, indiqueu a quines

PATIU ALGUNA DE LES SEGÜENTS MALALTIES?

CARDIOLOGIA HIPERTENSIÓ _____
 ALGUNA MALALTIA CARDIACA _____

RESPIRATORI ASMA _____
 ALGUNA MALALTIA RESPIRATÒRIA _____

ENDOCRINO SOU DIABÈTIC: SI NO
QUIN TIPUS DE DIABETIS _____
INSULINODEPENDENT: SI NO En cas afirmatiu indiqueu la pauta d'insulina i si es precisa control diari de Glucòmetre _____

ALTRES DADES D'INTERÈS

PRENEU ALGUN MEDICAMENT DE FORMA HABITUAL? En cas afirmatiu, especifiqueu-los

TRACATMENT MÈDIC ACTUAL FÀRMAC	PAUTA				
	Esmorzar	Dinar	Sopar	Nit	Altres

En el cas de prendre medicaments de forma habitual, l'interessat els haurà de dur amb les dosis necessàries per a tots els dies que duri el pelegrinatge.

Signatura obligatòria de l'interessat/da o del tutor/a →



COBERTURA EN CAS D'ACCIDENT O MALALTIA:

L'HOSPITALITAT s'eximeix de tota responsabilitat per qualsevol accident que pogués patir la persona sol·licitant durant el viatge o l'estada a Lourdes. Durant tot el viatge, la persona sol·licitant queda emparada per l'assegurança de viatges del transportista, i durant l'estada a Lourdes, per l'autoassegurança de L'HOSPITALITAT.

ÉS OBLIGATORI PORTAR LA TARJETA SANITÀRIA EUROPEA EN VIGOR A LA DATA DEL PELEGRINATGE. O certificat substitutori en el seu cas.

DOCUMENTACIÓ: És imprescindible portar l'original del DNI/Passaport vigent. Els menors de 18 anys que no viatgen acompanyats dels seus pares o tutors hauran de dur també una autorització.

AUTORITZACIÓ PER PERSONES MENORS DE 18 ANYS I/O PERSONES TUTELADES.

En/na _____
Amb DNI _____ en la seva condició de (Pare/Mare/Tutor/a) del menor o persona tutelada _____
Autoritza la seva participació a les activitats organitzades per l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES, especialment al pelegrinatge a Lourdes (França) els dies _____ tant mateix autoritza als organitzadors i al seu equip sanitari a prendre les decisions que cregui oportunes en cas de malaltia o accident.
Signat a _____ el dia ____ de _____ de _____

Signatura obligatòria del pare, mare, o tutor/a.

→