



FULL D'INSCRIPCIÓ

Pelegrinatge de _____
Delegació _____

Hospitalari /ària Pelegrí /na Acompanyant de Malalt

A omplir per l'Hospitalitat:

Hotel _____ Autocar _____ Num. Inscripció _____

Camp a respondre per totes les inscripcions

Sanitari/ària Religios/a Voluntari/ària escolar(16-18anys)

Nom _____ Cognoms _____

Home Dona D.N.I. /Passaport _____

Data Naixement ____/____/____ Edat ____ anys.

Núm. Targeta Sanitària Europea 80724 _____ Venciment ____/____

Adreça _____

Edifici _____ Escala _____ Núm _____ Pis _____ Porta _____

Població _____ Codi Postal _____

Telèfons: Mòbil _____ Fix _____

e-mail _____

En cas d'urgència contactar amb : _____ (nom del familiar o persona responsable) telèfon : _____

CAMP OBLIGATORI :

Jo, el / la sota signant:

Nom i Cognoms _____

com a laic o laica, religiós o religiosa, sacerdot o diaca, hospitalari o hospitalària ,declaro haver llegit la carta per a la protecció dels menors i de les persones vulnerables (disponible a la web hospitalitat.org i a la teva delegació) i em comprometo a respectar aquesta carta de bons tractes.

Adjunto amb la present inscripció el meu certificat negatiu de delictes de naturalesa sexual.

(<https://sede.mjusticia.gob.es/ca/tramites/certificado-registro-central>)

Signatura obligatòria de l'interessat/da



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

DIETES ESPECIALS

NORMAL TOVA TRITURADA DIABÈTICA SENSE SAL ALTRES

AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA, INDICAR A QUÈ _____

TRANSPORT

VIATGEU EN: AUTOCAR COTXE PARTICULAR

VIATGEU 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: SI NO

VIATGEU ACOMPANYAT/ADA? SI NO NOM ACOMPANYANT _____

ALLOTJAMENT

TOTES LES PERSONES MALALTES I O AMB DISCAPACITAT S'ALLOTGEN A L'ACCUEIL

ACOMPANYANTS DE MALALT:

Vostè dormirà a l'Accueil acompanyant alguna persona malalta i/o amb discapacitat.

Indiqui'ns el nom de la persona : _____

HOSPITALARIS/ÀRIES PELEGRINS/ES

Hotel _____ Habitació INDIVIDUAL COMPARTIDA 2 / 3 PERSONES

Habitació compartida amb _____

JOVES I VOLUNTARIS/ÀIES ESCOLARS: L'HOSPITALITAT us assignarà hotel

HOSPITALARIS/ÀRIES - 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 seríeu prèviament informats/des.

Quin servei vol realitzar a Lourdes? _____

Amb qui voldria realitzar el seu servei? _____

PODEU FER EL SERVEI D'UNA GUÀRDIA DE NIT? SI NO

Es recorda a tots els hospitalaris/àries que en el viatge d'anada i tornada, cal col·laborar amb el responsable de l'autocar per la millor atenció de les persones malaltes i/o amb discapacitat.

INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA

ÉS LA PRIMERA VEGADA QUE US INSCRIVIU? SI NO

DOCUMENTACIÓ OBLIGATÒRIA A PORTAR DURANT EL VIATGE:

- Original del DNI/NIE o Passaport vigent.
- Targeta sanitària europea en vigor.
- Autorització per viatjar a l'estranger dels pares i o tutor, per tots els menors no acompanyats dels seus pares o tutors(https://mossos.gencat.cat/es/detalls/Tramit/7864_-_Permis-de-viatge-a-lestranger-per-a-menors)

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 quines

PATIU ALGUNA DE LES SEGÜENTS MALALTIES?

CARDIOLOGIA HIPERTENSIÓ _____
 ALGUNA MALALTIA CARDÍACA _____

RESPIRATORI ASMA _____
 ALGUNA MALALTIA RESPIRATÒRIA _____

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

ALTRES DADES D'INTERÈS _____

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

TRACTAMENT 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. →

HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

COBERTURA EN CAS D'ACCIDENT O MALALTIA:

Durant tot el viatge, les persones inscrites al pelegrinatge i que hagin aportat tota la documentació requerida i degudament complimentada a l'Hospitalitat, queden emparades per l'assegurança de viatges de l'empresa dels autocars contractats. Tanmateix, durant l'estada a Lourdes, queden cobertes per la Pòlissa d'assistència en viatge de grup contractada per l'Hospitalitat i que podeu consultar a través del vostre delegat o a les oficines de l'Hospitalitat de Barcelona al carrer Consell de Cent 224-226. En tot allò que no quedi expressament cobert per aquesta pòlissa, l'Hospitalitat s'eximeix de tota responsabilitat.

TRANSPARÈNCIA I AUTORITZACIÓ PEL TRACTAMENT DE DADES:

L'Hospitalitat de la MdD de Lourdes amb domicili al C/Consell de Cent 224 -226 de Barcelona, és la responsable del tractament de les dades que vostè ens faciliti i en tot cas decideix l'ús que s'ha de fer de les mateixes sota el marc legal de la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

Amb la seva signatura vostè reconeix ser conscient de qui és el responsable del tractament de les seves dades, quin serà l'ús de les mateixes així com dels drets que l'assisteixen. També autoritza a l'Hospitalitat i a la federació d'Hospitalitats a difondre les imatges i so que durant el pelegrinatge i altres activitats de l'Hospitalitat en les que vostè participi s'hagin obtingut, segons la legalitat vigent i que es conservaran amb caràcter històric fins que revocui aquesta autorització.

Signatura d'acceptació dels dos apartats anterior (cobertures i tractament de dades)

→

AUTORITZACIÓ MENOR D'EDAT I PERSONES AMB DISCAPACITAT TUTELADES PER FAMILIARS/ ENTITATS:

En/na _____

Amb DNI _____ en la seva condició de (Pare/Mare/Tutor) 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. →