

Pour une première inscription donner, si possible, le **nom d'un(e) hospitalier(ère)** que vous connaissez :

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**N° Tel** : .....

Si à l'aller et/ou au retour en car vous êtes accompagné, notez **ici nom, prénom, adresse et N° de téléphone portable de la personne qui vous accompagne** :

.....  
.....  
.....

Si vous souhaitez être en chambre avec une ou plusieurs personnes, indiquez ici, **nom(s), prénom(s)** :

.....  
.....  
.....

**IMPORTANT** : les inscriptions ne seront définitives qu'après réception des dossiers médicaux et acceptation par l'Hospitalité (Liste attente possible ; et si refus, le chèque joint à l'inscription vous sera renvoyé.)

Je n'autorise pas à être filmé ou photographié dans le cadre du pèlerinage diocésain de l'hospitalité Cahors-Rocamadour.

**A cocher obligatoirement**

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de la participation, de la charte de bienveillance, et des conditions de traitement des données sur le site [cahors.catholique.fr/Hospitalité diocésaine](http://cahors.catholique.fr/Hospitalité%20diocésaine)

Je m'engage à respecter pendant tout le pèlerinage les règles sanitaires en vigueur

A....., le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## PÈLERINAGE DIOCÉSAIN 2024 À LOURDES

Du lundi 8 avril au vendredi 12 avril 2024

« *Allez dire aux prêtres que l'on vienne ici en procession* »

2mars 1858 – 13<sup>ème</sup> apparition



Sous la présidence de **Monseigneur Laurent CAMIADE**

**Prédicateur Père Mathias LECLAIR**  
-HOSPITALITÉ DIOCÉSAINE-

**Président : Monsieur LASFARGUETTES Jean Marc**  
[jean-marc.lasfarguettes@orange.fr](mailto:jean-marc.lasfarguettes@orange.fr)

**Secrétariat-Renseignements**  
**Madame BARDES Anne-Marie**  
**Tél : 06 33 85 20 68**

- DIRECTION DES PÈLERINAGES –

**Directrice : Madame ROUQUIE Françoise – Tél. : 06 82 37 51 48**  
**Agrément Tourisme : IMO 046 130 001**

**BULLETIN INSCRIPTION PERSONNE MALADE OU HANDICAPEE**

## Lieux, horaires de départs et retours des bus :

Départs – retours - Horaires (Horaires Indicatifs – Ajustements possibles)	Lundi 8 avril	Vendredi 12 avril
FIGEAC – parking cars Delbos	Horaires	Idem
GRAMAT – groupe scol. Brouqui	et	«
GOURDON – derrière hôpital	lieux	«
SAINT CERE – stade de rugby à côté du Funerarium	de départ	«
CAHORS - Parking Ludo Rolles	seront	«
CASTELNAU M – place mairie	donnés en	«
TOULOUSE – sur rocade	Avril	«
LOURDES – Accueil Notre-Dame Transit		Départ à partir de 12H 30

**A NOTER :** Si vous souhaitez aider des personnes dans le besoin, les offrandes sont reçues par :

**Madame Thérèse Calais 1071 chemin de Mas Mansou 46000 CAHORS**

Chèque à l'ordre de « **Association diocésaine** ».

Reçu fiscal possible à votre demande.

### INSCRIPTION :

**Prix unique : 115 € quel que soit le lieu de départ.**

Ce prix comprend : Trajet en bus , Assurance , Taxe de séjour, Taxe sanctuaires et frais divers.

**Un forfait de 50 €** est demandé à ceux qui viennent par leurs propres moyens.

Ces montants sont réglés comme indiqué page précédente.

**Important :** *Aucun remboursement si désistement après le 23 mars 2024*

*Retenue de 50 % si désistement entre le 16 mars et le 22 mars 2024*

*Remboursement intégral si désistement avant le 15 mars 2024*

### HEBERGEMENT :

**Prix du séjour à l'Accueil Notre Dame 240€**

Ce montant prend en compte logement et repas du lundi 8 au soir au vendredi 12 à midi.

Remarque : pour le trajet à l'aller prévoir un pique-nique pour le repas du midi.

Le montant de l'hébergement sera réglé au plus tard pendant le pèlerinage par chèque ou virement.

## INSCRIPTION PERSONNE MALADE ou HANDICAPEE

(Un bulletin par personne)

**Date limite d'inscription : 01 février 2024**

M. / Mme/Mlle/ Abbé/Sœur/Docteur ;

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Groupement paroissial : .....

Profession (ex. si retraité) .....

Adresse : .....

N° de Téléphone portable (ou tél fixe à défaut) .....

Courriel : .....

J'autorise l'échange de documents par message électronique : **OUI / NON**

Lieu de départ .....

Lieu de retour (si différent) : .....

Je renseigne et signe le bulletin, établis un chèque ou réalise un virement de la somme de **115 €** par personne à l'ordre de : **HOSPITALITÉ DIOCÉSAINNE DE CAHORS**

J'adresse le bulletin rempli avec le paiement, une copie côté photo de la carte d'identité ou photo récente, et une enveloppe timbrée sans adresse, sans fenêtre format **21,7cm x 10,7 cm** à :

**Madame REMBAULT Marie-Claire**  
269, route du Moulin  
46100 LUNAN

Par retour, je recevrai :

- Un dossier médical à faire remplir par mon médecin traitant
- Une fiche de liaison à remplir avec l'aide d'un(e) hospitalier(ère) de préférence, d'un aide-soignant ou d'un aidant familial.

**IMPORTANT :** Le **DOSSIER MEDICAL COMPLET** est à renvoyer très rapidement.

**DERNIER DELAI** de réception à l'Hospitalité : **1er mars 2024**

**\*Personne à contacter si besoin :**

**Madame REMBAULT Marie-Claire : Infirmière et hospitalière**

**Tel : 06 07 27 48 49**