



# PÈLERINAGE des AÎNÉS à LOURDES

**9-10-11 Mai 2026**

## FICHE D'INSCRIPTION

### AÎNÉS

A remplir en **MAJUSCULES** et à retourner dès que possible.

**Au plus tard le 17 Avril 2026**, au  
SECRETARIAT HOSPITALITE

BORDELAISE

145 rue St Genès

33000 BORDEAUX

☎ 05 56 24 97 07

Ou par mail à :

[venir@hospitalite.bordelaise.com](mailto:venir@hospitalite.bordelaise.com)

Prénom/Nom

Adresse

Code postal

Ville

Doyenné :

*A compléter ou rectifier  
éventuellement*

Date de naissance :

Tél. fixe :

Profession :

Tél. portable :

Je suis déjà allé à Lourdes avec l'H.B :    oui    non (1)    E-mail :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Tuteur (le cas échéant) \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Je vais à Lourdes par mes propres moyens.                    (1)                    OUI                    NON

Je demande qu'une place me soit réservée dans l'autobus    (1)                    OUI                    NON

Coordonnées de la personne vous accompagnant à l'autobus à l'aller et au retour :

Nom .....Tél.....Portable.....

Lieu d'embarquement et de débarquement souhaité                    (1)

Le Haillan

Le Bouscat

Place de la République

Langon

Libourne gare

Intermarché Yvrac

(1) Entourez la réponse souhaitée

Ces lieux seront éventuellement ajustés en fonction des inscriptions.

Votre point d'embarquement et l'horaire vous seront confirmés 10 jours avant le départ.

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

- |   |      |      |
|---|------|------|
| - Suivez-vous un traitement médical ? .....   | OUI* | NON* |
| <i>Si oui, vous devez apporter vos médicaments et la copie de la dernière ordonnance.</i> |      |      |
| - Suivez-vous un régime spécial ? .....   | OUI  | NON  |
| <i>Si oui, lequel : .....</i>   |      |      |
| .....   |      |      |
| - Points à surveiller :           Diabète .....   | OUI  | NON  |
| Allergies .....   | OUI  | NON  |
|   |      |      |
| - Avez-vous besoin d'une aide à la toilette ? .....                                       | OUI  | NON  |
| - Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant ?  |      |      |
| - en permanence.....  | OUI  | NON  |
| - seulement pour vous rendre aux cérémonies ...   | OUI  | NON  |

Nom de votre médecin traitant :..... Tél : .....

Son adresse : .....

*\* Veuillez entourer la bonne réponse.*

## LOGEMENT :

Tous les Aînés sont logés à l'intérieur du Sanctuaire : à l'ACCUEIL NOTRE-DAME

Je souhaite être logé(e) dans la même chambre que : .....

*(Dans la mesure du possible, il sera tenu compte de cette demande, mais aucun changement ne pourra se faire à l'arrivée)*

## COÛT du PÈLERINAGE :

Le prix du pèlerinage est de **210 €**

Ce prix comprend : le voyage, la pension complète du samedi midi au lundi midi, les frais d'inscription et l'abonnement aux « Carnets de l'HB ».

En cas d'annulation, une somme de 18€ sera retenue pour frais de dossier.

*Je m'engage à respecter les consignes qui seront données par l'Hospitalité Bordelaise et les responsables de l'Accueil Notre-Dame.*

*Je règle par un chèque à l'ordre de « **Hospitalité Bordelaise** ».*

Fait à ..... le .....

Signature :

*Nota : les chèques ne seront encaissés qu'après le 10 mai 2026*