**DIRECTION DES PÈLERINAGES                                         HOSPITALITÉ DIOCÉSAINE**

**Évêché Maison des Œuvres   16 rue des Jacobins BP 10122    09104   Pamiers Cedex**

**Atout France IM009220002               Responsabilité Civile Professionnelle : Mutuelle St Christophe**

**INSCRIPTION HOSPITALIER/HOSPITALIÈRE**

A remplir en **MAJUSCULES** et à retourner dès que possible, **au plus tard le 15 juillet, à** :

**HOSPITALITÉ** **DIOCÉSAINE 16 rue des Jacobins - 09100 PAMIERS**

\* barrer les mentions inutiles

**NOM et Prénom** …………………………………………………………………………………………………………...

ADRESSE ……………………………………………...……………………………………………...……………………

CODE POSTAL ……………………………………………... VILLE ……………………………………………...

ADRESSE MEL ……………………………………………...@ ……………………………………………...

TELEPHONE ……………………………………………...

DATE DE NAISSANCE ……/………/…………

PROFESSION ……………………………………………...……………………………………………...

*(Pour les nouvelles ou les nouveaux : Inscription parrainée par*

*Personne à prévenir en cas de nécessité : Nom*

 *Téléphone* ………………………… )

**Personne à prévenir en cas de nécessité :** Nom Téléphone …………………………

J’ai une Formation aux premiers secours : **OUI\* NON\*** J’accepterais d’être veilleur pour une nuit : **OUI\* NON\***

**Logement à Lourdes :**

- par mes propres moyens\*

OU

- par l’Hospitalité Diocésaine \*

- à l’hôtel en chambre seule\* (avec supplément de 105€) - à l’hôtel en chambre double (sans supplément)

- à l’abri St-Michel (homme) ou à l’hospitalet (femme) (réduction de 30€)

**Transport :**

- en voiture personnelle : **OUI\* NON\***  j’arriverai à ………h……..

le dernier jour je repartirai à ………h………

- en car avec les malades : **OUI\* NON\*** au départ je monte à ……………………………………...............

au retour je descends à ……………………………………..........

**PÈLERINAGE :**

FORFAIT pour les Hospitaliers hôtel **170 €** ……………. **€**

FORFAIT pour les Hospitaliers **St Michel / Hospitalet 140 €** …………… **€**

Hospitaliers(ières) (ou accompagnants des malades) logés et nourris à l’accueil Notre-Dame **205** **€** ……….. . **€**

 Cotisation **5 €** minimum (obligatoire pour chaque hospitalier majeur) …...……..**5 €**

 Supplément chambre seule **105 €** ……………..**€**

 Don éventuel …………………………………………………………………………………… .…..…**€**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Total ……...……...**€**

*Chèque : Nom ……………………..…………. Banque………………............*

*Pour les Hospitaliers mineurs, voir et remplir la feuille d’inscription spécifique*

 J’autorise l’Hospitalité Diocésaine de Pamiers à diffuser les photographies prises lors de ce pèlerinage sur lesquelles je figure. Cette autorisation est valable pour l’ensemble des supports utilisés par l’hospitalité (affiche, bulletin d’information, feuillet de présentation), pour des expositions relatives à l’activité de l’Hospitalité et pour des publications sur le site officiel du diocèse de Pamiers. *(cocher la case svp)*

 **J’accepte les "Conditions Générales de participation" de la direction des pèlerinages du diocèse.**

( <https://ariege-catholique.fr/blog/2022/conditions-generales-de-participation-aux-pelerinages/> )

*Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données du 18 mai 2018, vous bénéficiez de l’ensemble des droits prévus. Notamment accès aux informations qui vous concernent, rectification, effacement. Vous pouvez écrire au diocèse de Pamiers à cet effet.*

*J’accepte que l’Association diocésaine de Pamiers mémorise et utilise mes données pour des appels au don et/ou informations sur la vie du diocèse.*

**Date** ……………………….. **Signature** :

# Pour tout renseignement : Jo LELONG 06 09 98 28 11