



# Saint Germain des Près en pèlerinage à Lourdes du 18 au 20 octobre 2015

## Fiche d'inscription sanitaire

### 1 - AFIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE

M,  Mme,  Mlle : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale :                    /

N° du centre de sécurité sociale et adresse \_\_\_\_\_

*(ou photocopie de l'attestation de la carte Vitale ou de l'ancienne carte d'assuré social)*

Mutuelle \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence (ne venant pas au pèlerinage)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

### 2 - AUTONOMIE MOTRICE

Je pèse _____	Je mesure _____	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux me lever <input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux me laver <input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux m'habiller <input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je peux manger et boire <input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
Je dois aller au WC <input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> seul (e)	<input type="checkbox"/> partiellement aidé (e)	<input type="checkbox"/> complètement aidé (e)
J'ai besoin de barrières à mon lit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		J'ai des prothèse auditives :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'ai une prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

### 3 - CONDITIONS DE DEPLACEMENT A LOURDES

à pied     à pied avec une canne     dans mon fauteuil personnel mécanique     en petite voiture de Lourdes

### 4 - MODE D'ALIMENTATION - REGIME

Alimentation :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Haché (type viande hachée)	<input type="checkbox"/> mixé (type purée)
Régime :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> diabétique	<input type="checkbox"/> diabétique sans sel
	<input type="checkbox"/> sans fibres	<input type="checkbox"/> sans sel	<input type="checkbox"/> végétarien

Association Notre-Dame de Salut, Association Loi 1901, Agrément : AG 075 07 0003 – Garant financier : CIC, 6 avenue de Provence 75009 PARIS – Assurance RC professionnelle : Mutuelle Saint Christophe, 277 rue Saint Jacques, 75256 PARIS Cedex 05

### 6 - INFORMATIONS MÉDICALES (communiquées qu'en cas d'urgence)

Prenez-vous des médicaments  Oui  Non

Lesquels ?

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

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

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

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

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

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

Coordonnées de votre médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_