



HOSPITALITÉ DIOCÉSAINNE DE VANNES

Ch. banque :

Avec Mme hospitalière :

Montant Total du ch. :

Pèlerinage 2020

Inscription Hospitalier

Nouveau : OUI - NON (1)

Monsieur Nom : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

PARTICIPERA AU PELERINAGE DES MALADES à LOURDES (Accueil ST FRAI)
du 26 MAI au 1^{ER} JUIN (retour 1^{ER} juin en soirée – Lundi de Pentecôte) **OUI ou NON (1)**

Prendra le car (1) :



- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gourin | <input type="checkbox"/> Josselin | <input type="checkbox"/> Le Faouët |
| <input type="checkbox"/> Lanester | <input type="checkbox"/> Marzan | <input type="checkbox"/> Ploerdut |
| <input type="checkbox"/> Ploërmel | <input type="checkbox"/> Plouay | <input type="checkbox"/> Pontivy |
| <input type="checkbox"/> Redon | | <input type="checkbox"/> Vannes |

Se rendra par ses propres moyens : en voiture à Lourdes en camping car

AFFECTATIONS (case à cocher)

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| CHAMBRE DE MALADES | <input type="checkbox"/> | SALLE A MANGER | <input type="checkbox"/> |
| GARDE DE NUIT | <input type="checkbox"/> | ROULAGE | <input type="checkbox"/> |
| ACCUEIL | <input type="checkbox"/> | | |
| SERVICE D'ECOUTE | <input type="checkbox"/> | | |

ce service est proposé aux anciens Hospitaliers ne pouvant plus assurer un travail physique

SERVIR AUX PISCINES :

- Prières (*animation extérieure*)
- Service à l'intérieur des piscines en permanence

AUTRES AFFECTATIONS SOUHAITEES :

L'affectation demandée est susceptible de ne pas être toujours satisfaite (suivant nos besoins. Merci de votre compréhension).

Hébergement demandé (pour information) :

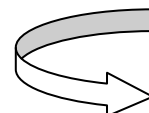
J'autorise la Direction des Pèlerinages à me prendre en photos, dans le cadre du pèlerinage à Lourdes, pour leurs publications éventuelles dans les documents de communication de la Direction des Pèlerinages et de l'Hospitalité.

IMPRIME A RETOURNER A VOTRE PRESIDENT (E) DE SECTION
au plus tard le 10 Février 2020

A, le Signature,

(1) rayer la mention inutile.

Tournez la page SVP



VOS COMPETENCES PARTICULIERES (case à cocher) :

Secourisme

Equipe Liturgique

Chorale

Instrument de musique

Communion aux malades

lequel ?

Je l'amènerai oui non

TRES IMPORTANT

Si co-voiturage pour rejoindre votre car, précisez nous avec qui ?

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

A remplir absolument si vous devez quitter le pèlerinage avant la fin.

Nous préciser le jour de votre départ

Et jusqu'à quelle heure vous serez à la disposition du pèlerinage.....

Eventuellement vos souhaits :

Si vous avez des ACCOMPAGNATEURS (TRICES) :

NOM Prénom

Adresse :

.....
.....

Votre lien avec cette personne