



Première inscription d'un hospitalier 2024

Photo

M. Mme Mlle Père Frère Sœur

NOM :

Nom de jeune fille :

Section régionale :

Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées

N° et voie : Téléphone fixe :

Complément : Téléphone mobile :

Code postal : Commune :

Adresse électronique :

Fonction demandée

Hospitalière Brancardier Médecin IDE Kiné Aumônier

Renseignements utiles pour votre affectation

Profession : En activité ? Oui Non

Avez-vous déjà été hospitalier à Lourdes ?

... dans l'Hospitalité Notre-Dame de Lourdes ? Oui Non J'ai prononcé mon engagement dans l'HNDL

... dans une autre Hospitalité ? Oui Non

Si oui, préciser :

Avez-vous reçu une formation aux premiers secours ? Oui Non Parlez-vous la langue des signes ? Oui Non

Avez-vous des talents musicaux, artistiques ou pour l'animation ? Oui Non

Si oui, préciser :

Pour les soignants (médecins, IDE et kinés)

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU DIPLÔME

Spécialité : En activité ? Oui Non

Lieu habituel d'exercice (libéral ? hospitalier ? médecine du travail ? etc.) :

Médecins, IDE et kinés : n° Ordre : n° RPPS :

Vous avez des questions sur l'Hospitalité, sur les différents services ?

N'hésitez pas à prendre conseil auprès des responsables hospitaliers de votre région !

Le service hospitalier suppose d'être disponible pendant toute la durée du pèlerinage. Il est fortement recommandé d'emprunter les moyens de transport proposés par votre section régionale, à l'aller et au retour.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit pèlerinage. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur mes données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à la Fédération Pèlerinage du Rosaire (adresse postale ci-dessous, ou à l'adresse électronique cil.rosaire@gmail.com).

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Date : ____ / ____ / 2024

Signature