



PÈLERINAGE DU ROSAIRE À LOURDES

ASSOCIATION DU ROSAIRE Isle-de-France

222 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 PARIS

☎ : 01 56 69 28 00 – mail : rosaire.idf@gmail.com

Permanences du lundi au vendredi de 14h à 18h - Fermeture des bureaux du 20 juillet au 16 août inclus

BÉNÉVOLE

(inscription à l'Hospitalité au dos)

du 6 au

10 octobre 2026

« Réjouis-toi ! »

NOM (en majuscule) M. Mme, Père, Frère, Sœur :

Prénom : **Date de naissance** :/...../.....

Adresse :

Code postal : **Ville** : ☎ :

Tél mobile : **Courriel** :

Personne à prévenir si urgence : ☎ :

J'ai une assurance rapatriement : Oui Non - **NOM** :

Tél : **N° de contrat** : (ou une Carte Bleue)

Je suis :

Hospitalie(e) Aumônier

Médecin Infirmier(e)

Hôtesse Commissaire

Choriste Accompagnant

Formule HÔTEL + TRANSPORT

Inscription

Nom de l'hôtel

Chambre simple double triple

Je partage la chambre de

Je souhaite loger dans le même hôtel que

TGV Paris Montparnasse Saint-Pierre des Corps TGV 1^{ère} classe TGV 2nde classe

+ Navette Orléans – SPC - A/R

A & B €

(+ single) €

+ 35 €

ou

Formule HÔTEL seul

Je voyagerai par mes propres moyens - arrivée à Lourdes le à h
départ de Lourdes le à h

De ce fait, une contribution solidaire au voyage des Pèlerins en Accueil de 25 € est demandée

Nom de l'hôtel

Chambre simple double triple

Je partage la chambre de

Je souhaite loger dans le même hôtel que

A €

(+ single) €

ou

Formule TRANSPORT seul

Je logerai par mes propres moyens ; nom de mon hébergement

TGV Paris Montparnasse Saint-Pierre des Corps TGV 1^{ère} classe TGV 2nde classe

+ Navette Orléans – SPC - A/R

Je souhaite voyager à proximité de :

B €

+ 35 €

COTISATION, FRAIS D'INSCRIPTION (obligatoires)

C 65 €

DON (je recevrai un reçu fiscal à partir de 15€)

D €

ASSURANCE ANNULATION (facultatif)

E €

Règlement

Montant de mon pèlerinage

A & B (ou A ou B)+C+D+E

Au minimum 50% du total de mon inscription

€

Chèque (à l'ordre de « Association du Rosaire ») Espèces Chèques vacances

Virement : **IBAN : FR76 1027 8060 4700 0212 2570 157** CB à distance : Demander au secrétariat

Solde à régler avant le 31 août

J'ai pris connaissance de la brochure d'inscription et des conditions financières et accepte les conditions générales de vente (disponibles au secrétariat)

Je fournis la charte de bienveillance complétée et signée (obligatoire)

Je montre mon extrait de casier judiciaire B3 (obligatoire) à l'adresse : casierjudiciaireidf@gmail.com

Date :/...../2026

Signature :

Membre agréé de la Fédération Pèlerinage du Rosaire inscrite au registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n°IM031100031, l'Association du Rosaire organise ce pèlerinage selon les conditions générales de vente stipulées au verso conformément aux dispositions de l'article R211-12 du code du tourisme (extrait du code du Tourisme et de la Loi n°2009-888 du 22 juillet 2009). En cas de réclamation, adressez votre courrier par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Association du Rosaire, 7, avenue Salomon, 59000 Lille. Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération du Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit Pèlerinage. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à La Fédération du Pèlerinage du Rosaire (Impasse Lacordaine BP 84102 31078 Toulouse) 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.

Je colle ma
photo
d'identité ou je
l'envoie par
mail

A renvoyer avant le 30 juin 2026

ASSOCIATION DU ROSAIRE ISLE-DE-FRANCE

222 rue du Faubourg Saint-Honoré – 75008 PARIS 01 56 69 28 00- rosaire.idf@gmail.com

Profession : En activité Oui Non

Si Médecin, Kiné ou IDE : Spécialité : N° d'Ordre :

N° RPPS : Lieu habituel d'activité (libéral, hospitalier...)

Je suis : Titulaire Auxiliaire (3 péléés effectués) Stagiaire (1er, 2^{ème} ou 3^{ème} péléé)

J'appartiens à une autre hospitalité :

Hospitalité Notre Dame de Lourdes Membre Titulaire

Autre Hospitalité :

Formation aux Premiers Secours Oui Non

Langue des Signes Oui Non

Instrument de musique : Animation de chants

SERVICE A LOURDES 2026

Fonction : (Hospitalier, médecin, IDE, Kiné..) :

Dernier service : Année Unité de Vie

Arrivée à Lourdes le : à **Départ de Lourdes le :** à

Par : **le train de région**
 par mes propres moyens

Par : **le train de région**
 par mes propres moyens

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

Pour ceux qui, exceptionnellement, voyageront par leurs propres moyens, nous vous remercions en signant ce document, de vous engager à être présent(e) à Lourdes du mardi 6 octobre, arrivée des pèlerins en accueil, au samedi 10 octobre après le départ du train de ces pèlerins.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise la Fédération du Pèlerinage du Rosaire à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation dudit Pèlerinage. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données sous réserve de l'envoi d'une demande écrite à La Fédération du 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.

Pour la validité de votre inscription, pensez à joindre la « Charte de Bienveillance », datée et signée, et à envoyer votre extrait de casier judiciaire B3 à l'adresse : casierjudiciaireidf@gmail.com

Date :/...../2026

Signature :