

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

A envoyer à :

DIRECTION DES PELERINAGES DE LILLE

39, rue de la Monnaie 59 000 LILLE

Tel : 03 20 55 00 15 / Courriel : pelerinages@lille.catholique.fr

RENC. EUROPEENNES DE TAIZE A PRAGUE

(destinée aux jeunes de 18 à 35 ans)

Du dimanche 28 décembre 2014 au samedi 03 janvier 2015

PRIX DU PÈLERINAGE PAR PERSONNE : 250 €

NOM (en majuscule) : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Nationalité : _____

Date et lieu de naissance : ___/___/___ ; _____

Profession : _____ Numéro de téléphone personnel : _____

Tél. Portable (obligatoire): _____

Mail (obligatoire): _____

Numéro de passeport ou de carte d'identité : _____ Date d'expiration : ___/___/___

Date d'émission : ___/___/___ Lieu d'émission : _____

Nom de la personne à avertir en cas d'urgence : _____

Tél : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Date limite d'inscription : le 15 novembre 2014

Règlement : Versement obligatoire d'un acompte de **50 €** à l'inscription (sinon l'inscription n'est pas prise en compte). A l'ordre de **PELERINAGES DIOCESAINS**.

Règlement du solde impérativement avant le **15 novembre 2014**

ATTENTION !

Chaque pèlerin de nationalité française doit se munir d'une carte nationale d'identité OU d'un passeport en cours de validité. **Merci de joindre, à ce bulletin d'inscription, une photocopie de la pièce d'identité avec laquelle vous allez voyager (votre passeport ou carte nationale d'identité).**

Santé : prière de préciser si vous avez des particularités de type insuffisance cardiaque, diabète, allergies alimentaires, ou autres (ces données resteront strictement confidentielles) :

ATTENTION !

Chaque pèlerin de nationalité française doit se munir d'une carte européenne d'assurance maladie. **Merci de joindre, à ce bulletin d'inscription, une photocopie de votre carte européenne d'assurance maladie en cours de validité**

Pour toute personne ayant été hospitalisée de manière continue ou ambulatoire dans les 3 mois précédant la date d'inscription, merci de fournir un certificat médical daté de votre date d'inscription au voyage pouvant certifier du caractère stable de la maladie et précisant que vous êtes apte à voyager. Si toutefois, l'aggravation de votre maladie (pour laquelle il y avait eu ladite hospitalisation) suscitait une prise en charge médicale pendant votre voyage, en l'absence de ce certificat, les frais engagés pour l'assistance médicale et/ou le rapatriement médical ne seraient pas remboursés...

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente (figurant au verso).

Fait à _____ le ___/___/___

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»,

BULLETIN VALABLE POUR UN SEUL VOYAGEUR