

1^{er} curiste :

NOM :
(en lettres capitales)
Prénom :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tél : Portable :
Email :

Comment avez-vous connu notre établissement ? : Médecin

Bouche à oreille

Presse

Internet

Autre

Avez-vous déjà fait une cure thermale : OUI NON

Année : Dans quel établissement ? :

1^{er} jour de soin :

Simple orientation

(Prise en charge)

- Rhumatologie
 Fibromyalgie
 Phlébologie

Double orientation

(Prise en charge)

- Rhumatologie + Phlébologie
 Phlébologie + Rhumatologie

Médecin thermal :

(Important, prendre rdv dès la confirmation de votre réservation)

Horaires des soins souhaités :

(selon disponibilités)

5h - 7h

7h - 9h

9h - 11h

Prénom du soignant pour la boue :

(Sous réserve de disponibilité ; Notre établissement mettra tout en œuvre pour satisfaire votre demande, en termes d'horaires et/ou de soignant.)

Hébergement

Nom du logeur :

Adresse de votre location :

Je souhaite bénéficier du service navette pour me rendre aux thermes.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de réservation.

Le / /

2^{ème} curiste :

NOM :
(en lettres capitales)
Prénom :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tél : Portable :
Email :

1^{er} jour de soin :

Simple orientation

(Prise en charge)

- Rhumatologie
 Fibromyalgie
 Phlébologie

Double orientation

(Prise en charge)

- Rhumatologie + Phlébologie
 Phlébologie + Rhumatologie

Médecin thermal :

(Important, prendre rdv dès la confirmation de votre réservation)

Horaires des soins souhaités :

(selon disponibilités)

5h - 7h

7h - 9h

9h - 11h

Prénom du soignant pour la boue :

(Sous réserve de disponibilité ; Notre établissement mettra tout en œuvre pour satisfaire votre demande, en termes d'horaires et/ou de soignant.)

Signature du client :