

**FICHE DE RÉSERVATION THERMALE**Nombre de curiste : 1 2 NOM (1^{er} curiste) : _____
(en caractère d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Caisse : _____ N° : _____

Mutuelle : _____

NOM (2^{ème} curiste) : _____

Prénom : _____ Age : _____

Caisse : _____ N° : _____

Mutuelle : _____

Adresse domicile : _____

_____ Tél : _____

Avez-vous déjà fait une cure thermale : OUI NON Année : _____

Station : _____ Établissement : _____

PRÉNOM DE VOTRE SOIGNANT (te) pour la boue :

M. : _____ M^{me} : _____**Votre traitement** : (à faire spécifier sur la demande de prise en charge)

	RHUMATOLOGE	PHLEBOLOGIE	DOUBLE HANDICAP	
M.	RH <input type="checkbox"/>	PHL <input type="checkbox"/>	RH+PHL <input type="checkbox"/>	PHL+RH <input type="checkbox"/>
M ^{me} .	RH <input type="checkbox"/>	PHL <input type="checkbox"/>	RH+PHL <input type="checkbox"/>	PHL+RH <input type="checkbox"/>

DATE DU 1ER JOUR DE SOINS SOUHAITÉE :_____

NOM DU MÉDECIN THERMAL : _____

Moyen d'hébergement : Hôtel Pension Meublé Camping

Nom et adresse : _____

Mini-car : je l'utiliserai : OUI NON **Les horaires de soins seront tributaires des passages des navettes**Pour vos débuts des soins, nous vous proposons : Entre 5 h et 7 h Entre 7 h et 9 h Entre 9 h et 11 h**UNIQUEMENT A TITRE INDICATIF ET N'ENGAGE PAS L'ÉTABLISSEMENT**

Date : _____ Signature : _____