

1^{ère} personne :

NOM :
(en lettres capitales)
Prénom :
Date de naissance :
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 ? :

2^{ème} personne :

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

1^{er} Curiste :

1^{er} jour de soin :
N° de sécurité sociale :

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.)

2^{ème} Curiste :

1^{er} jour de soin :
N° de sécurité sociale :

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 du logement :

Je souhaite bénéficier du service navette, gratuit pour me rendre aux thèmes.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de réservation.

Le / /

Signature du client :