



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 thermique : 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)

	RHUMATOLOGIE	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 :