

Afin que votre réservation soit définitivement validée, merci de nous renvoyer cette fiche **dûment complétée et signée**, accompagnée d'un chèque d'arrhes de 40 €, à l'ordre de « Régie de recettes Les Thermes » (sauf prise en charge à 100%, article 115, CMU, sur justificatifs). Ce montant sera déduit de votre facture de soins, en fin de cure.

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

TÉL. FIXE : TÉL. PORTABLE :

NOM / TÉL. DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

.....

E-MAIL :

N° SÉCURITE SOCIALE :

NOM / ADRESSE DE VOTRE MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

.....

VOTRE PRISE EN CHARGE :

Régime général Sécurité Sociale Autre, précisez :

NOM DE VOTRE MUTUELLE :

VOUS SOUHAITEZ EFFECTUER UNE CURE EN :

Rhumatologie (RH) Pédiatrie (TDE) Gynécologie (GYN) Libre

NOM DE VOTRE MÉDECIN THERMAL (cf liste sur fiche annexe) :

DATES DE CURE SOUHAITÉES : Du au

ou du au

HORAIRES SOUHAITÉÉS POUR LE DÉBUT DES SOINS (dans la mesure de nos disponibilités) :

Entre 7h30 et 9h Entre 8h30 et 10h Entre 9h30 et 11h Entre 10h30 et 12h

SOUHAITS POUR MA CURE :

.....

SIGNATURE (obligatoire) :