

LA BOURBOULE LES GRANDS THERMES

**Cette demande est à retourner aux
GRANDS THERMES**

BP 85 - 76 boulevard Georges-Clemenceau - 63150 La Bourboule
tél. : 04 73 81 21 00

e-mail : contact.thermes@grandsthermes.com - site : www.grandsthermes-bourboule.com

DEMANDE DE RÉSERVATION

Renseignements concernant le / la curiste

CURISTE 1

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Ville.....

Date de naissance

Tél.....

Mail

N° immatriculation _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | clé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Comment avez-vous connu notre station ?

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

Orientation principale

☐ VR (Voies Respiratoires)

☐ DER (Dermatologie)

☐ AMB (Affections des Muqueuses Bucco-linguales)

☐ TDE (Troubles du Développement de l'Enfant)

Orientation secondaire

☐ VR (Voies Respiratoires)

☐ DER (Dermatologie)

☐ AMB (Affections des Muqueuses Bucco-linguales)

☐ TDE (Troubles du Développement de l'Enfant)

L'orientation principale est la première orientation thérapeutique indiquée sur votre prise en charge.

L'orientation secondaire est indiquée le cas échéant en traitement thermal dans la 2^e orientation sur votre prise en charge.

CURISTE 2

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Ville.....

Date de naissance

Tél.....

Mail

N° immatriculation _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | clé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Comment avez-vous connu notre station ?

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

Orientation principale

☐ VR (Voies Respiratoires)

☐ DER (Dermatologie)

☐ AMB (Affections des Muqueuses Bucco-linguales)

☐ TDE (Troubles du Développement de l'Enfant)

Orientation secondaire

☐ VR (Voies Respiratoires)

☐ DER (Dermatologie)

☐ AMB (Affections des Muqueuses Bucco-linguales)

☐ TDE (Troubles du Développement de l'Enfant)

L'orientation principale est la première orientation thérapeutique indiquée sur votre prise en charge.

L'orientation secondaire est indiquée le cas échéant en traitement thermal dans la 2^e orientation sur votre prise en charge.

CURISTE 1

VOTRE CURE - **IMPORTANT**

DATE DE DÉBUT DE LA CURE (OBLIGATOIRE)

- ☐ Cure de 18 jours conventionnée (Prise en charge)
☐ Cure de 18 jours - **Post Cancer** (Prise en charge)

☐ **Cures libres**

Nom du Séjour :
.

ESPACE DE SOINS

- ☐ **Service Premium**
(300 € sup, non pris en charge,
pour 3 semaines de cure thermique)
- ☐ **Service Grands Thermes Adulte**
- ☐ **Service Enfant** (selon fréquentation)

VOTRE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Spécialité

Ces renseignements concernent le médecin qui a rempli la demande de prise en charge pour la cure thermique.

VOTRE MÉDECIN THERMAL

Nom
Prénom

Pensez à prendre rendez-vous avec le médecin thermal avant votre arrivée à La Bourboule. Liste dans votre brochure (p. 23).

VOTRE HÉBERGEMENT

- ☐ Résidence Meublé ☐ Hôtel ☐ Domicile ☐ Camping
- Autre

CURISTE 2

VOTRE CURE - **IMPORTANT**

DATE DE DÉBUT DE LA CURE (OBLIGATOIRE)

- ☐ Cure de 18 jours conventionnée (Prise en charge)
☐ Cure de 18 jours - **Post Cancer** (Prise en charge)

☐ **Cures libres**

Nom du Séjour :
.

ESPACE DE SOINS

- ☐ **Service Premium**
(300 € sup, non pris en charge,
pour 3 semaines de cure thermique)
- ☐ **Service Grands Thermes Adulte**
- ☐ **Service Enfant** (selon fréquentation)

VOTRE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Spécialité

Ces renseignements concernent le médecin qui a rempli la demande de prise en charge pour la cure thermique.

VOTRE MÉDECIN THERMAL

Nom
Prénom

Pensez à prendre rendez-vous avec le médecin thermal avant votre arrivée à La Bourboule. Liste dans votre brochure (p. 23).

VOTRE HÉBERGEMENT

- ☐ Résidence Meublé ☐ Hôtel ☐ Domicile ☐ Camping
- Autre

ATTENTION

Si au moment de votre réservation, vous êtes en possession de votre prise charge, merci de bien vouloir nous retourner la photocopie du volet 2.

En remplissant ma demande d'inscription, j'agréé expressément à ce que les informations personnelles ainsi communiquées servent au traitement de ma réservation (incluant notamment l'envoi périodique de lettres d'information ou de messages) pour l'année en cours et l'année suivante.

En application de la Loi 78-17 dite Informatique et Libertés et du règlement UE 2016/679 dit RGPD, je suis informé(e) que je dispose d'un droit de consultation, rectification et suppression des données personnelles sur demande auprès des Grands Thermes de La Bourboule.

- ☐ Oui ☐ Non, j'accepte que ces informations soient utilisées ultérieurement à des fins d'information par les Grands Thermes de La Bourboule.

VOS ARRÊTES DE RÉSERVATION

Afin de garantir votre réservation, il y a lieu de joindre à la présente demande, un chèque d'arrhes d'un montant de **90 € par personne**, plafonné à 150 € par famille, libellé à l'ordre de : GRANDS THERMES LA BOURBOULE.

- ☐ Je déclare avoir revu, lu et accepter les conditions du règlement et m'y conformer. Toutes les informations sont à retrouver sur grandsthermes-bourboule.com ou en scannant le QRCode >

Fait à
le

Signatures

