

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022

À retourner aux Thermes de Bourbon-Lancy - 5 Place d'Aligre - 71140 Bourbon-Lancy - Tél : 03 85 89 18 84 - contact@stbl.fr
IMPORTANT : Vos dates de cure ne seront effectives qu'après confirmation écrite de l'Établissement Thermal.

DATE DE DÉBUT DE CURE SOUHAITÉE

1^{ER} JOUR DE SOIN LE : _____ OU ÉVENTUELLEMENT LE : _____

Soins de 6h45 à 12h30 du lundi au samedi. Soins en après-midi en période plus fréquentée.

1^{ER} CURISTE

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. fixe / mob. _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Nom de jeune fille _____

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Médecin prescripteur de la cure : _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Généraliste Spécialiste

2^E CURISTE

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. fixe / mob. _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Nom de jeune fille _____

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Médecin prescripteur de la cure : _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Généraliste Spécialiste

VOTRE CURE 1^{ER} CURISTE

CURE AVEC PRISE EN CHARGE (18 jours de soins)

Orientation :

RHUMATOLOGIE MALADIES
CARDIO-ARTÉRIELLES

Double orientation :

RH + MCA MCA + RH

FIBROMYALGIE RH RH + MCA

PREMIER SÉJOUR À BOURBON-LANCY 20 places

SÉJOUR AVANCÉ Activités à la carte

Précisez les dates du séjour choisi :

18/04 - 07/05 30/05 - 18/06

11/07 - 30/07 24/10 - 12/11

VOTRE SÉJOUR SANTÉ 1^{ER} CURISTE

SÉJOUR SANTÉ (6 jours de soins)

MAL DE DOS JAMBES LÉGÈRES

ANTI-STRESS

Horaire de soins souhaité en Séjour Santé : _____

VOTRE CURE 2^E CURISTE

CURE AVEC PRISE EN CHARGE (18 jours de soins)

Orientation :

RHUMATOLOGIE MALADIES
CARDIO-ARTÉRIELLES

Double orientation :

RH + MCA MCA + RH

FIBROMYALGIE RH RH + MCA

PREMIER SÉJOUR À BOURBON-LANCY 20 places

SÉJOUR AVANCÉ Activités à la carte

Précisez les dates du séjour choisi :

18/04 - 07/05 30/05 - 18/06

11/07 - 30/07 24/10 - 12/11

VOTRE SÉJOUR SANTÉ 2^E CURISTE

SÉJOUR SANTÉ (6 jours de soins)

MAL DE DOS JAMBES LÉGÈRES

ANTI-STRESS

Horaire de soins souhaité en Séjour Santé : _____

Cadre réservé aux personnes
concernées par la Fibromyalgie

FORMULE DE SOINS (Pour Cure 18 jours et Séjour Fibromyalgie)

Formule NYMPHÉA 115 €

CRÉNEAUX HORAIRES SOUHAITÉS POUR COMMENCER LES SOINS EN FORMULE NYMPHEA* :

LE MATIN ENTRE _____ H ET _____ H

* sur la base de la prescription de l'année précédente, en essayant de répondre à votre attente dans la mesure de nos disponibilités.

Formule IRIS

Les horaires des soins prescrits sont établis en fonction des disponibilités et définis le jour de votre arrivée.

Voir le détail des formules : page 11

Formules ACCOMPAGNEMENT

AIDE DANS LES SOINS 99 €

Accompagnement pendant vos soins.

AIDE DEPUIS LE LOGEMENT 149 €

Accompagnement depuis votre hébergement (Résidences Thermales et Grand Hôtel) jusqu'à l'établissement thermal et pendant vos soins.

VOTRE HÉBERGEMENT

GRAND HÔTEL

SÉJOUR :

du _____ 2022 au _____ 2022

Chambre N° : _____ Nombre de personnes : _____

Avec Kitchenette : Oui Non

Avec Animal (7€ / jour) : Oui Non

Pour l'enregistrement de votre location (Résidences Thermales ou Grand Hôtel), cette fiche nous est indispensable. Prière de nous la retourner dûment remplie accompagnée de 100 € d'arrhes (par chèque libellé à l'ordre de la Société Thermale de Bourbon-Lancy, mandat, carte bancaire ou chèque vacances).

Arrhes 2022 : Report des arrhes 2021 Chèque
 Chq Vacances CB Mandat

RÉSIDENCE DU PARC

RÉSIDENCE SAINT-LÉGER

RÉSIDENCE RICHELIEU

RÉSIDENCE CASTELET

VILLA DU COTEAU

VILLA DES MARRONNIERS

VILLA SAINTE-THÉRÈSE

APPARTEMENT CASTELET

SÉJOUR : du _____ 2022 au _____ 2022

Studio N° : _____ Nbre de pers. : _____

Avec Animal (3€ / jour) : Oui Non

Parking : réservation possible uniquement pour Saint-Léger et Castelet

Location 1 parking couvert 40€ pour le séjour _____ Oui Non

Location 1 parking non couvert 35€ pour le séjour _____ Oui Non

VOTRE PENSION AU RESTAURANT DU CLOÎTRE

Petit déjeuner

Pension complète

Demi-pension Midi

Demi-pension Soir

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Tél. fixe / mob. _____

Avez-vous déjà effectué une cure thermale ? Oui Non

Dans quelle(s) station(s) ? _____

C'est votre première cure chez nous...

Comment avez-vous connu Les Thermes de Bourbon-Lancy ?

Médecin Famille / Amis Visite Internet Presse / Publicité

Office de Tourisme Salon / Thermalies _____

Je suis parrainé(e) par un ambassadeur de la station CODE : _____

Autre : _____

Afin de pouvoir vous contacter lors de votre cure si besoin, merci de préciser votre autre solution d'hébergement à Bourbon-Lancy :

Meublé / Autre Camping

Famille Aller-Retour journalier

Coordonnées du logement OBLIGATOIRES

Nom et Adresse _____

Tél. fixe / mob. _____



Thermes de
Bourbon-Lancy
mon rendez-vous santé

La facturation sera faite en fonction des dates d'arrivée et de départ portées sur la présente, aucune remise n'étant consentie pour un départ prématuré. Les réservations n'engagent la responsabilité de la Société Thermale que si elles sont accompagnées d'arrhes fixées à 100 €. Pour toute réservation différée ou annulée, les arrhes exigibles et remboursables en fin de convention sont acquises à la résidence à titre de dédit. NOUS VOUS RECOMMANDONS VIVEMENT DE PRENDRE UNE ASSURANCE ANNULATION.

Date et Signature + Lu et Approuvé