



THERMES DE  
CAUTERETS

# FICHE

# DE RÉSERVATION

À nous retourner accompagnée d'un chèque d'arrhes de 50€  
à l'ordre des Thermes de Cauterets.

## CURISTE 1

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale :

## CURISTE 2

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale :

## VOTRE CURE

Date de début de cure souhaitée : .....

Merci d'indiquer une autre date : .....

(en cas d'indisponibilité)

### CURE THERMALE 18 JOURS

- RHUMATOLOGIE
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - RHUMATOLOGIE + VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL + RHUMATOLOGIE
- Avec option :
- Fibromyalgie
  - BPCO
  - Récréa'cure (enfants)

### MINI-CURE 6 JOURS 12 JOURS

- RHUMATOLOGIE
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - RHUMATOLOGIE + VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL + RHUMATOLOGIE
- Avec supplément :
- 3 massages sous l'eau + 3 piscines de mobilisation
  - 6 massages sous l'eau + 6 piscines de mobilisation

Vous souhaitez débuter vos soins entre :

- 7h et 8h30
- 8h30 et 10h
- 10h et 11h30
- L'après-midi (sur certaines périodes)

### CURE THERMALE 18 JOURS

- RHUMATOLOGIE
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - RHUMATOLOGIE + VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL + RHUMATOLOGIE
- Avec option :
- Fibromyalgie
  - BPCO
  - Récréa'cure (enfants)

### MINI-CURE 6 JOURS 12 JOURS

- RHUMATOLOGIE
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - RHUMATOLOGIE + VOIES RESPIRATOIRES / ORL
  - VOIES RESPIRATOIRES / ORL + RHUMATOLOGIE
- Avec supplément :
- 3 massages sous l'eau + 3 piscines de mobilisation
  - 6 massages sous l'eau + 6 piscines de mobilisation

Vous souhaitez débuter vos soins entre :

- 7h et 8h30
- 8h30 et 10h
- 10h et 11h30
- L'après-midi (sur certaines périodes)

## LE MÉDECIN QUI A PRESCRIT VOTRE CURE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Médecin généraliste  Rhumatologue  ORL

Pneumologue  Autre : .....

## C'EST VOTRE PREMIÈRE CURE

Comment avez-vous connu les thermes de Cauterets ?

Par le médecin  A l'occasion d'un salon

Par un(e) ami(e)  Par la presse

Par internet  Autrement : .....

## PARRAINAGE\*

J'ai déjà effectué une cure à Cauterets et je souhaite parrainer un(e) ami(e). Merci de lui adresser, de ma part, une documentation :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

\*Le parrainage sera effectif dès l'arrivée en cure de votre filleul, à la condition que celui-ci n'ait jamais effectué de cure à Cauterets. Offre valable pour toute cure de 18 jours ou mini-cure de 6 ou 12 jours, effectuée par votre filleul.

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des curistes et à assurer la facturation des prestations et, le cas échéant, la télétransmission des feuilles de soins aux organismes de sécurité sociale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service des **Inscriptions des Thermes de CAUTERETS** ».

## LE MÉDECIN QUI A PRESCRIT VOTRE CURE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Médecin généraliste  Rhumatologue  ORL

Pneumologue  Autre : .....

## C'EST VOTRE PREMIÈRE CURE

Comment avez-vous connu les thermes de Cauterets ?

Par le médecin  A l'occasion d'un salon

Par un(e) ami(e)  Par la presse

Par internet  Autrement : .....

## PARRAINAGE\*

J'ai déjà effectué une cure à Cauterets et je souhaite parrainer un(e) ami(e). Merci de lui adresser, de ma part, une documentation :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....



**THERMES DE  
CAUTERETS**

Destination Ressourçante

Avenue du Docteur Domer - 65110 CAUTERETS



[reservation@thermesdecauterets.com](mailto:reservation@thermesdecauterets.com)

05 62 92 51 60