

REMISE EN SANTE

Ouverture du 18 Mars
Au 9 Novembre 2019

DATE DU SEJOUR

Du _____ Au _____

Partie réservée aux Thermes

N° _____

Reçu le _____

Arrhes _____ CHQ ESP

Mme Mr

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Tél : _____ Port : _____

Email : _____

- S'oppose à l'utilisation de mon mail à des fins de prospections.
 S'oppose à l'utilisation de mon adresse à des fins de prospections (Vœux...)

CLIENT n° 1

Mme Mr

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Tél : _____ Port : _____

Email : _____

- S'oppose à l'utilisation de mon mail à des fins de prospections.
 S'oppose à l'utilisation de mon adresse à des fins de prospections (Vœux...)

CLIENT n° 2

LES FORFAITS

LES SEJOURS			
Cochez le forfait choisi			
Les Soins du Dos	<input type="checkbox"/>	Semaine Thermale	<input type="checkbox"/>
Jambes Lourdes	<input type="checkbox"/>	Forfait Lymphœdème	<input type="checkbox"/>
Semaine Détente	<input type="checkbox"/>	Forfait Fibromyalgie Merci d'entourer 2 activités : Aquagym Ou Rando Santé Shia Tsu Ou Réflexologie	<input type="checkbox"/>

LES FORFAITS

LES SEJOURS			
Cochez le forfait choisi			
Les Soins du Dos	<input type="checkbox"/>	Semaine Thermale	<input type="checkbox"/>
Jambes Lourdes	<input type="checkbox"/>	Forfait Lymphœdème	<input type="checkbox"/>
Semaine Détente	<input type="checkbox"/>	Forfait Fibromyalgie Merci d'entourer 2 activités : Aquagym Ou Rando Santé Shia Tsu Ou Réflexologie	<input type="checkbox"/>

FORMULES DECOUVERTE

Entourez le Nombre de Jours						
1	2	3	4	5	6	
Cochez 4 Soins au choix						
Bain Hydromassant	<input type="checkbox"/>					
Bain Aérobain	<input type="checkbox"/>					
Couloir de Marche	<input type="checkbox"/>					
Etuve Locale du Dos	<input type="checkbox"/>					
Douche Générale au Jet	<input type="checkbox"/>					
Compresse	<input type="checkbox"/>					
Douche Pulvérisée	<input type="checkbox"/>					

FORMULES DECOUVERTE

Entourez le Nombre de Jours						
1	2	3	4	5	6	
Cochez 4 Soins au choix						
Bain Hydromassant	<input type="checkbox"/>					
Bain Aérobain	<input type="checkbox"/>					
Couloir de Marche	<input type="checkbox"/>					
Etuve Locale du Dos	<input type="checkbox"/>					
Douche Générale au Jet	<input type="checkbox"/>					
Compresse	<input type="checkbox"/>					
Douche Pulvérisée	<input type="checkbox"/>					

LES SOINS A LA CARTE

LES SOINS	Nombre de Séances
Bain Hydromassant	
Bain Aérobain	
Douche sous-marine	
Douche générale au jet	
Douche locale au jet	
Douche générale automatique	
Douche pénétrante	
Etuve locale Mains pieds	
Etuve locale du dos	
Aérobain local membres inférieurs	
Aérobain local des membres supérieurs	
Cataplasme application unique	
Cataplasmes applications multiples	
Couloir de marche	
Compresse	
Piscine de mobilisation	

LES SOINS A LA CARTE

LES SOINS	Nombre de Séances
Bain Hydromassant	
Bain Aérobain	
Douche sous-marine	
Douche générale au jet	
Douche locale au jet	
Douche générale automatique	
Douche pénétrante	
Etuve locale Mains pieds	
Etuve locale du dos	
Aérobain local membres inférieurs	
Aérobain local des membres supérieurs	
Cataplasme application unique	
Cataplasmes applications multiples	
Couloir de marche	
Compresse	
Piscine de mobilisation	

➤ LES TRANCHES HORAIRES

⇒ **Merci de choisir 2 tranches horaires différentes :**

Dans l'éventualité où les tranches horaires demandées sont déjà complètes, nous serons amenés à vous proposer un autre horaire disponible ou une autre date de cure.

1^{er} choix :

07h /9h 09h/11h 11h/13h

13h/15h* 15h/17h*

2^{ème} choix :

07h /9h 09h/11h 11h/13h

13h/15h* 15h/17h*

(*) L'ouverture des tranches horaires à partir de 13h00 se fait en fonction de la fréquentation, veuillez-nous consulter. Merci de votre compréhension.

➤ VOTRE HEBERGEMENT

Résidence les Sources Hôtel

Domicile Camping Meublé

Nom : _____

Adresse : _____

➤ PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE PROBLEME

Nom/Prénom : _____

Téléphone : _____

➤ RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous déjà fréquenté une station thermale :

Oui laquelle : _____

Non

Comment avez-vous connu Evaux Les Bains :

Relations Médecin Magazine* Internet*

Radio* Salon Télévision Autre*

*Précisez : _____



EVAUX les Thermes
Sources de santé.

Pour tout litige ne concernant pas un service de santé, le médiateur du thermalisme peut être saisi sur le site www.mediateurduthermalisme.org ou par voie postale à l'adresse suivante : Mr Daniel BOULIN – Médiateur du thermalisme – 157, Chemin de Garia 64300 LAA MONDRANS



LA RESERVATION :

Afin que votre réservation puisse être définitivement enregistrée, merci de nous retourner la présente **fiche dûment complétée** et signée, **accompagnée d'un chèque d'arrhes** (établi à l'ordre de la SEM Etablissement Thermal) :

✓ **de 20€ pour un séjour ne dépassant pas 2 jours**

✓ **de 35€ pour un séjour supérieur à 2 jours**

Les forfaits de remise en santé et les soins à la carte **ne sont pas pris en charge par les organismes sociaux.**

Important : Si vous venez avec d'autres personnes et que vous souhaitez avoir une date et des horaires identiques, les fiches de réservation devront nous parvenir en même temps. Si les demandes sont séparées, elles risquent de recevoir des réponses différentes.

ANNULATION :

Pour toute demande d'annulation, nous vous informons que l'avance sur la réservation ne sera remboursée qu'à condition que l'établissement ait été informé au minimum 4 semaines avant la date prévue de votre début de séjour et sur justificatif médical (maladie, hospitalisation, décès).

Tout séjour écourté ainsi que toute prestation abandonnée volontairement par un participant ne fera l'objet d'aucun dédommagement ou remboursement.

L'ARRIVEE AUX THERMES :

Nous vous demandons de bien vouloir **vous présenter 1/2 d'heure avant l'horaire de début des soins** qui vous a été confirmé.

Papiers à fournir lors de votre arrivée :

✓ **Un CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION** qui peut être délivré par votre médecin

✓ **Votre lettre de confirmation**

Si vous n'êtes pas en possession d'un certificat médical, nous vous demanderons de signer une décharge. Nous vous remettrons ensuite votre planning qui vous permettra l'accès aux soins. Vous devrez vous acquitter du montant de votre séjour déduction faite des arrhes déjà versées.

Fait le : _____

Signature : _____

SEM Etablissement Thermal

Les Thermes - 23110 EVAUX LES BAINS

Tel : **05.55.65.50.01**

Fax : 05.55.65.59.16

www.evauzthermes.com

contact@evauzthermes.com



www.evauzthermes.com
complexe.thermal.evauzthermes.com