



RESERVATION CURE THERMALE 2017



Pour enregistrer votre réservation de cure et pour constituer votre dossier médical, nous vous remercions de compléter cette fiche avec soin et de nous la retourner à l'adresse suivante :

CENTRE THERMAL - RUE DES FONTAINES - BP 10 - 32410 CASTÉRA-VERDUZAN

VOS COORDONNEES

Monsieur Madame Mademoiselle Enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone (domicile) : Téléphone (autres) :

Email :

Acceptez-vous la transmission de vos coordonnées au Laboratoire ODOST, fabricant des produits dentaires Buccotherm ? OUI NON

Si vous êtes en résidence, afin de préparer votre linge de cure, merci de nous indiquer :

Taille de peignoir : Pointure :

ASSURE SOCIAL : RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

Nom de jeune fille :

Nom et Prénom de l'assuré (si différent)

Date de naissance :

Organisme de prise en charge :

Adresse de l'organisme de prise en charge :

VOTRE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et Prénom :

Spécialité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

VOTRE MEDECIN THERMAL

Dr Jean-Michel GARCIA ou Docteur Dalia ESPIET

DATES DE CURE SOUHAITEES (LES CURES DÉMARRENT LE LUNDI, MARDI OU MERCREDI)

1er choix : du au 2ème choix : du au

Soins à partir de 8h30 Les horaires seront établis en fonction des disponibilités du planning

ORIENTATION(S) THERAPEUTIQUES(S)

Merci de cocher la case correspondant à l'orientation prescrite

AD : Affections Digestives et maladies métaboliques

AMB : Affections des Muqueuses Bucco-linguales

Si double orientation : **AD + 1/2 AMB**

AMB + 1/2 AD

