

DEMANDE DE RESERVATION

Pour être valable votre réservation doit faire l'objet d'une confirmation écrite de l'établissement thermal.

A RETOURNER A :

Régie Municipale
des Eaux
Minérales de Royat
B.P 53
63130 ROYAT
Tél. : 04 73 29 51 51
Fax : 04 73 29 51 60



VOTRE IDENTITÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ___/___/___ Téléphone : _____

N° de S. Sociale :

Avez-vous déjà effectué
une cure à Royat-Chamalières : OUI * NON *
Si oui, l'année de votre dernière cure à Royat-Chamalières : _____

CHOISISSEZ VOTRE DATE DE CURE

Du/..../200.. au/..../200..

POUR VOTRE CURE CHOISISSEZ LA CATÉGORIE

* **Classe CLUB** Heure de rendez-vous souhaitée : _____

* **2^{ème} Classe** Les heures de vos rendez-vous vous seront
précisées à votre arrivée aux Thermes.

VOUS ÊTES

Assuré social * Curiste sans prise en charge *
Actif * Non actif * Retraité *

VOUS VOUS SOIGNEZ POUR

- * **Les maladies Cardio-Artérielles MCA**
- * **Les rhumatismes Rh**
- * **La double orientation - MCA + Rh**
- * **La double orientation - Rh + MCA**

* cochez d'une croix

Tournez la page, S.V.P. ►►►

VOTRE MÉDECIN DE CURE À ROYAT-CHAMALIÈRES

Docteur : _____ Prénom : _____

IMPORTANT : pensez à prendre rendez-vous avec ce médecin et ce avant votre début de cure (liste page 8).

VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE À ROYAT-CHAMALIÈRES

Adresse : _____

VOTRE MÉDECIN TRAITANT QUI A PRESCRIT LA CURE

Docteur : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pouvez-vous nous indiquer s'il possède une spécialité et laquelle :

(exemple : cardiologue, rhumatologue,...)

Afin de permettre d'anticiper et de simplifier vos formalités d'inscriptions à votre arrivée en cure, nous vous demandons de bien vouloir nous adresser une copie du premier volet de votre prise en charge dès qu'elle vous aura été délivrée par votre Caisse d'Assurance Maladie.

Le _____ 200 _____

Signature,