



Dossier d'inscription 2025

CURE THERMALE 18 JOURS

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 de l'Établissement Thermal.

Date de début de cure souhaitée

1^{ER} JOUR DE SOIN LE : _____

Soins de 7h à 12h30 du lundi au samedi.

Votre cure 1^{er} curiste

Cure conventionnée avec prise en charge (18 jours)

SIMPLE ORIENTATION (au choix) :

- RHUMATOLOGIE (RH)
 MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES (MCA)

DOUBLE ORIENTATION :

- RH + MCA ou MCA + RH

Option Cure spécifique Fibromyalgie

FIBROMYALGIE

Attention : Séjours avec des dates spécifiques.
Voir dans la documentation selon profil :

- ETP 1^{ère} année Avancé Confirmé

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

NOM DE NAISSANCE _____

N° SÉCU. SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MÉDECIN PRESCRIPTEUR _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

- GÉNÉRALISTE SPÉCIALISTE

Votre cure 2^e curiste

Cure conventionnée avec prise en charge (18 jours)

SIMPLE ORIENTATION (au choix) :

- RHUMATOLOGIE (RH)
 MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES (MCA)

DOUBLE ORIENTATION :

- RH + MCA ou MCA + RH

Option Cure spécifique Fibromyalgie

FIBROMYALGIE

Attention : Séjours avec des dates spécifiques.
Voir dans la documentation selon profil :

- ETP 1^{ère} année Avancé Confirmé

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

NOM DE NAISSANCE _____

N° SÉCU. SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MÉDECIN PRESCRIPTEUR _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

- GÉNÉRALISTE SPÉCIALISTE

Le dos de la fiche est à remplir également.

Formule de soins

FORMULE CLASSIQUE IRIS

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

FORMULE CONFORT NYMPHÉA - 144 € du 2 avril au 12 novembre 2025

Créneaux horaires souhaités pour commencer les soins en Formule Nymphéa * :
le matin entre _____ h et _____ h

* Les demandes de réservation sont traitées par nos services dans l'ordre chronologique de leur réception et selon les disponibilités du planning. Ses disponibilités sont demandées à titre indicatif et n'engagent en rien l'établissement thermal.

FORMULE ACCOMPAGNEMENT AIDE DANS LES SOINS - 99 €

- sans fauteuil roulant
- avec fauteuil roulant
- Autre (ex : Aide au déshabillage...)

FORMULE ACCOMPAGNEMENT 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 _____ / _____ / 2025
au _____ / _____ / 2025

Chambre n° ____ Nbre de pers. : ____

- Avec kitchenette
- Animal de compagnie (7€ / jour)

PENSION AU RESTAURANT DU CLOÎTRE

- Petit Déjeuner
- Pension complète (midi et soir)
- Demi-pension : midi ou soir
- Entrée-Plat Plat-Dessert E+P+D

RÉSIDENCE DU PARC

RÉSIDENCE SAINT-LÉGER

RÉSIDENCE RICHELIEU

RÉSIDENCE CASTELET

RÉSIDENCE SAINT-JEAN

Séjour du _____ / _____ / 2025 au _____ / _____ / 2025

Studio n° _____ Nombre de personnes : _____

- Animal de compagnie (5€ / jour)
- Linge de lit (15€ / lit)
- Linge de toilette (10€ / 1 pers. - 15€ / 2 pers.)

Parking (réservation possible uniquement pour Saint-Léger et Castelet) :

- Couvert (40€ / séjour)
- Non-couvert (35€ / séjour)

VILLA SAINTE-THÉRÈSE

VILLA DES MARRONNIERS

VILLA DU COTEAU

APPARTEMENT CASTELET

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 150 € d'arrhes (par chèque libellé à l'ordre de la Société Thermale de Bourbon-Lancy, mandat, carte bancaire (CB), Chèque Vacances ou report des arrhes 2024). **

- Report des arrhes 2024
- Virement
- Chèque Vacances
- CB
- Chèque

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM _____ PRÉNOM _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

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 / Amis
- Aller-Retour journalier

Coordonnées du logement OBLIGATOIRES :

Nom _____

Adresse _____

Tél fixe / mob. _____

Avez-vous déjà effectué une cure thermique ?

- Oui
- Non

Dans quelle(s) station(s) ? _____

C'est votre première cure chez nous...
Comment avez-vous connu les Thermes de Bourbon-Lancy ?

- Médecin
- Web / Réseaux sociaux
- Visite
- Presse / Publicité
- Famille / Amis
- Office de Tourisme
- Salon / Thermalies
- Autre : _____

** 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 150 €. Pour toute annulation, les arrhes versées ne sont pas remboursées. **NOUS VOUS RECOMMANDONS VIVEMENT DE SOUSCRIRE UNE ASSURANCE ANNULATION AUPRÈS DE VOTRE ASSURANCE.**

Date et Signature + Lu et Approuvé



Thermes de
Bourbon-Lancy
mon rendez-vous santé

Dossier d'inscription 2025 DÉCOUVERTE ET MINI-CURES

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 de l'Établissement Thermal.

Date de début de mini-cure et Horaires de soins souhaités

1^{ER} JOUR DE SOIN LE : _____
Soins de 7h à 12h30 du lundi au samedi.

HORAIRES DE SOINS : ENTRE _____ H ET _____ H

Votre cure 1^{er} curiste

Mini-Cure Santé (6 jours - 24 soins) *

- RHUMATOLOGIE (RH)
 MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES (MCA)
 MAL DE DOS
 ANTI-STRESS
 JAMBES LÉGÈRES

Mini-Cure Spécifique *

- RÉPIT DE L'AIDANT (DE 1 À 6 JOURS)
| 1 2 3 4 5 6 jours

- FORMULE CONFORT - 30 €
Du 2 avril au 12 novembre 2025
Un service de soins regroupés,
un changement de serviette à la demande...

Selon disponibilités - En supplément du tarif
de la Mini-Cure sélectionnée.

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

Votre cure 2^e curiste

Mini-Cure Santé (6 jours - 24 soins) *

- RHUMATOLOGIE (RH)
 MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES (MCA)
 MAL DE DOS
 ANTI-STRESS
 JAMBES LÉGÈRES

Mini-Cure Spécifique *

- RÉPIT DE L'AIDANT (DE 1 À 6 JOURS)
| 1 2 3 4 5 6 jours

- FORMULE CONFORT - 30 €
Du 2 avril au 12 novembre 2025
Un service de soins regroupés,
un changement de serviette à la demande...

Selon disponibilités - En supplément du tarif
de la Mini-Cure sélectionnée.

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

* Pour rappel, contrairement à la cure conventionnée, la Mini-Cure ne rentre pas dans le cadre d'une prise en charge par la Sécurité Sociale et n'a pas besoin d'être prescrite par votre médecin traitant.

Pour les programmes de 6 jours, un certificat de non contre-indication à la pratique des soins thermaux est demandé.

Le dos de la fiche est à remplir également.

Votre hébergement

- GRAND HÔTEL *****
Profitez du confort d'un hôtel ***
tout à côté des Thermes et en bordure
du Parc Thermal.

Séjour du _____ / _____ / 2025
au _____ / _____ / 2025

Chambre n° _____

Nombre de personnes : _____

- Avec kitchenette
 Animal de compagnie (7€ / jour)

PENSION AU RESTAURANT DU CLOÎTRE

- Petit Déjeuner
 Pension complète (midi et soir)
Demi-pension : midi ou soir

- RÉSIDENCE DU PARC
 RÉSIDENCE SAINT-LÉGER
 RÉSIDENCE RICHELIEU
 RÉSIDENCE CASTELET
 RÉSIDENCE SAINT-JEAN
- VILLA SAINTE-THÉRÈSE
 VILLA DES MARRONNIERS
 VILLA DU COTEAU
 APPARTEMENT CASTELET

Séjour du _____ / _____ / 2025 au _____ / _____ / 2025

Studio n° _____ Nombre de personnes : _____

- Animal de compagnie (5€ / jour)

Parking (réservation possible uniquement pour Saint-Léger et Castelet) :

- Location 1 parking couvert (15€ pour le séjour)
 Location 1 parking non couvert (10€ pour le séjour)

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 150 € d'arrhes (par chèque libellé à l'ordre de la Société Thermale
de Bourbon-Lancy, mandat, carte bancaire (CB), Chèque Vacances ou report des arrhes 2024). **

- Report des arrhes 2024
 Virement
 Chèque Vacances
 CB
 Chèque

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM _____ PRÉNOM _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

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 / Amis Aller-Retour journalier

Coordonnées du logement OBLIGATOIRES :

Nom _____

Adresse _____

Tél fixe / mob. _____

Avez-vous déjà effectué une cure thermique ?

- Oui Non

Dans quelle(s) station(s) ? _____

C'est votre première cure chez nous...
Comment avez-vous connu les Thermes
de Bourbon-Lancy ?

- Médecin Web / Réseaux sociaux
 Visite Presse / Publicité
 Famille / Amis Office de Tourisme
 Salon / Thermalies _____
 Autre : _____

** 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 respon-
sabilité de la Société Thermale que si elles sont
accompagnées d'arrhes fixées à 150 €.

Pour toute annulation, les arrhes versées ne
sont pas remboursées. **NOUS VOUS RECOM-
MANDONS VIVEMENT DE SOUSCRIRE UNE
ASSURANCE ANNULATION AUPRÈS DE
VOTRE ASSURANCE.**

Date et Signature + Lu et Approuvé