

DATES DE CURE : du ..... au .....

 **Cure conventionnée 18jrs**  
avec prise en charge Assurance maladie **Cure libre**  
 Forfait 6 jrs  
 Forfait 12 jrs  
 Forfait 18 jrs **SensiCure 6 jrs <sup>(1)</sup>****Indication de votre cure :**

- |  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eczéma / Dermatite atopique       | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Post-Cancer   | <input type="checkbox"/> Brûlures/Cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Affections des Muqueuses Buccales | <input type="checkbox"/> Ichtyose  | <input type="checkbox"/> Peau sensible | <input type="checkbox"/> Autre : .....       |

**Renseignements concernant le curiste :**

- 
- Mme
- 
- M.
- 
- Enfant (précisez
- 
- M ou
- 
- F)

Nom : .....

Nom de Jeune Fille : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél / Mobile : ..... Date de naissance : .....

E-mail : .....@.....

**Rendez-vous de consultation médicale à l'arrivée :**

Consultez la liste des médecins sur la notice « PREPAREZ VOTRE CURE 2021 »

**Obligatoire**

Rendez-vous confirmé avec le Dr .....

(date et heure du rdv) le ..... à .....

**Votre lieu de résidence pendant la cure :**

- 
- votre domicile
- 
- hôtel
- 
- location meublée
- 
- camping
- 
- autre

Nom et adresse : .....

Avez-vous déjà fait une cure :     à Avène ?     Oui     Non Autres Stations : .....**Comment avez-vous connu Avène ?**

Médecin (généraliste, dermatologue, autre), pharmacie, presse, TV, famille, produits Avène, internet...

Précisez : .....

**(1)** Pour les Forfaits "Sensicure Découverte" 2 et 3 jours, nous consulter.

➤ À remplir obligatoirement pour les cures conventionnées 18 jrs :

Renseignements concernant l'assuré(e) :

Nom de l'assuré(e) : ..... Prénom de l'assuré(e) : .....

Numéro d'assuré(e)      [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Renseignements concernant le médecin prescripteur de la cure :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

Dermatologue    Généraliste    Pédiatre    Oncologue    Autre .....

PIECES À JOINDRE À VOTRE RESERVATION DE CURE :

Cure conventionnée 18 jours :	Cures libres 6, 12, 18 jours & SensiCure 6 jours :
<p>☞ Versement d'arrhes à la réservation de 60€ (sauf titulaires de l'ACSS), par chèque (*) ou carte bancaire (**) - voir CGV (***)</p> <p>☞ Photocopie du Volet 2 de la Prise en Charge valable pour 2021 (si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez la transmettre ultérieurement par courrier ou email).</p> <p>☞ Titulaire de l'ACSS : photocopie de l'attestation en cours de validité pour la période de cure.</p>	<p>☞ Versement d'arrhes à la réservation de 100€ par chèque (*) ou carte bancaire (**) - voir CGV (***)</p> <p>☞ Vos observations (contraintes horaires ou autre) : ..... ..... .....</p>

(\*) Règlement par chèque à l'ordre de SAS Les Thermes d'Avène à joindre à l'envoi de votre réservation.

(\*\*) Arrhes versés par carte bancaire avec le formulaire en ligne sur [www.avenecenter.com](http://www.avenecenter.com).

(\*\*\*) Modalités de règlement sur nos fiches tarifs et [conditions générales de vente](#).

« Je soussignée (Nom, prénom) ..... déclare avoir pris connaissance et accepté les [conditions générales de vente](#) jointes en annexe ».

Fait à ..... le ...../...../2021

Signature :



➤ Je retourne ce formulaire complété et signé, accompagné des pièces demandées par courrier à :

LES THERMES D'AVENE - Les Bains d'Avène - 34 260 Avène – France