



LES THERMES DE
BOURBON-LANCY
THERMALISTES DEPUIS 1989

Dossier d'inscription 2026

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@thermesbourbonlancy.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

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

NOM DE NAISSANCE _____

N° SÉCU. SOCIALE |

MÉDECIN PRESCRIPTEUR _____

CP _____ VILLE _____

☐ GÉNÉRALISTE ☐ SPÉCIALISTE

VOTRE CURE 2^E CURISTE

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

NOM DE NAISSANCE _____

N° SÉCU. SOCIALE |

MÉDECIN PRESCRIPTEUR _____

CP _____ VILLE _____

☐ GÉNÉRALISTE ☐ SPÉCIALISTE

VOTRE ORIENTATION 1^{ER} CURISTE

☐ SIMPLE ORIENTATION (AU CHOIX) :

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

☐ DOUBLE ORIENTATION (RH+MCA OU MCA+RH)

☐ FIBROMYALGIE

Option Cure spécifique Fibromyalgie

Attention : Séjours avec des dates spécifiques.

Voir dans la documentation selon profil :

☐ ETP 1^{ÈRE} ANNÉE ☐ AVANCÉ ☐ CONFIRMÉ

VOTRE ORIENTATION 2^E CURISTE

☐ SIMPLE ORIENTATION (AU CHOIX) :

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

☐ DOUBLE ORIENTATION (RH+MCA OU MCA+RH)

☐ FIBROMYALGIE

Option Cure spécifique Fibromyalgie

Attention : Séjours avec des dates spécifiques.

Voir dans la documentation selon profil :

☐ ETP 1^{ÈRE} ANNÉE ☐ AVANCÉ ☐ CONFIRMÉ

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 6 avril au 7 novembre 2026

Créneau horaire souhaité pour commencer les soins en Formule Nymphéa * :

☐ DE 7H À 9H ☐ DE 9H30 À 11H30

* 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 ____ / ____ / 2026
au ____ / ____ / 2026

Chambre n° ____ Nbre de pers. : ____

- ☐ Avec kitchenette (7€ / jour)
- ☐ 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

☐ VILLA SAINTE-THÉRÈSE

☐ VILLA DES MARRONNIERS

☐ VILLA DU COTEAU

☐ APPARTEMENT CASTELET

Séjour du ____ / ____ / 2026 au ____ / ____ / 2026

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)

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 2025). **

- ☐ Report des arrhes 2025 ☐ 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



LES THERMES DE
BOURBON-LANCY
THERMALISTES DEPUIS 1989

Dossier d'inscription 2026

CURES LIBRES

À retourner aux Thermes de Bourbon-Lancy - 5 Place d'Aligre - 71140 Bourbon-Lancy - Tél : 03 85 89 18 84 - contact@thermesbourbonlancy.fr
IMPORTANT : Vos dates de cure ne seront effectives qu'après confirmation de l'Établissement Thermal.

DATE DE DÉBUT DE CURE LIBRE 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 LIBRE 1^{ER} CURISTE

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

VOTRE CURE LIBRE 2^E CURISTE

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CP _____ VILLE _____

TÉL FIXE _____ PORTABLE _____

EMAIL _____

DATE DE NAISSANCE _____

VOTRE CURE LIBRE 1^{ER} CURISTE

CHOISISSEZ VOTRE PROGRAMME :

- ☐ RHUMATOLOGIE
- ☐ MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES
- ☐ MAL DE DOS
- ☐ ANTI-STRESS
- ☐ JAMBES LOURDES

DURÉE DE VOTRE CURE LIBRE :

- ☐ 6 JOURS - 24 SOINS
- ☐ AUTRE DURÉE
de 3 à 12 jours, c'est possible. Précisez-le nous.
Nombres de jours souhaités : _____

VOTRE CURE LIBRE 2^E CURISTE

CHOISISSEZ VOTRE PROGRAMME :

- ☐ RHUMATOLOGIE
- ☐ MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES
- ☐ MAL DE DOS
- ☐ ANTI-STRESS
- ☐ JAMBES LOURDES

DURÉE DE VOTRE CURE LIBRE :

- ☐ 6 JOURS - 24 SOINS
- ☐ AUTRE DURÉE
de 3 à 12 jours, c'est possible. Précisez-le nous.
Nombres de jours souhaités : _____

La cure libre n'a pas besoin d'être prescrite par votre médecin traitant. Un certificat de non contre-indication à la pratique des soins thermaux de moins de 15 jours est cependant demandé. Contrairement à la cure thermale conventionnée, la cure libre n'entre pas dans le cadre d'une prise en charge de la Sécurité Sociale.

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 ____ / ____ / 2026
au ____ / ____ / 2026

Chambre n° ____ Nbre de pers. : ____

☐ Avec kitchenette (7€ / jour)

☐ 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

☐ VILLA SAINTE-THÉRÈSE

☐ VILLA DES MARRONNIERS

☐ VILLA DU COTEAU

☐ APPARTEMENT CASTELET

Séjour du ____ / ____ / 2026 au ____ / ____ / 2026

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 2025). **

☐ Report des arrhes 2025 ☐ 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 res-
ponsabilité 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