

Questionnaire de santé simplifié

Mini cure thermale – 24/02/2026

Vous avez réservé une mini cure dans l'un de nos établissements thermaux et nous vous en remercions. Avant votre arrivée, nous vous demandons de remplir ce questionnaire et de le remettre à nos agents d'accueil le premier jour de votre mini cure.

Ce questionnaire vise à s'assurer de l'absence de contre-indications au suivi de la mini-cure. Il est donc important pour votre santé de le lire attentivement et d'y répondre avec sincérité. **En tout état de cause, si vous répondez « OUI » à l'une quelconque des questions ci-dessous ou en cas de doute, nous vous invitons à consulter un médecin de votre choix et à lui présenter ce questionnaire. Un certificat médical d'absence de contre-indication au suivi de la cure vous sera demandé à votre arrivée.**

Questions	OUI	NON
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour bénéficier de soins thermaux ?	☐	☐
Contre-indications médicales générales		
Souffrez-vous de l'une des pathologies ou êtes-vous actuellement dans l'une des situations suivantes :		
Affection Longue Durée (ALD) ou autre maladie chronique ?	☐	☐
Diabète non équilibré ?	☐	☐
Cholestérol élevé ?	☐	☐
Fièvre ?	☐	☐
Maladie infectieuse sérieuse ou contagieuse dans le mois précédent (tuberculose, mycoses, etc.) ?	☐	☐
Cancers en phase évolutive ?	☐	☐
Maladie cardiaque ?	☐	☐
Insuffisance sévère et/ou non stabilisée du cœur, des poumons, du foie et/ou des reins ?	☐	☐
Infarctus myocardique ou AVC de moins de 6 mois ?	☐	☐
Trouble connu du rythme cardiaque ou souffle cardiaque symptomatique ?	☐	☐
Intervention chirurgicale de moins de 3 mois ?	☐	☐
Maladie des vaisseaux ?	☐	☐
Thrombose veineuse (caillot) de moins de 3 mois ?	☐	☐
Troubles circulatoires sévères ?	☐	☐
Maladie des artères du cœur ou hypertension artérielle non stabilisée par un traitement ou labile ?	☐	☐
Phlébite de moins de 3 mois non stabilisée (= non contrôlée par échographie vasculaire) ?	☐	☐
Déficience immunitaire ?	☐	☐
Épilepsie non contrôlée ?	☐	☐
Maladie neurologique non stabilisée ?	☐	☐
Trouble psychiatrique sévère ou maladie psychiatrique non stabilisée ?	☐	☐
Plaies ouvertes ?	☐	☐
Affections dermatologiques contagieuses ?	☐	☐
Phobie de l'eau (= risque de panique pendant la cure) ?	☐	☐
Incontinence urinaire ou fécale ?	☐	☐
Traitements médicamenteux en cours		
Avez-vous un traitement cardio-vasculaire, respiratoire ou cutané en cours ?	☐	☐
Avez-vous un traitement immunosuppresseur ?	☐	☐
Allergies ou intolérances		
Avez-vous des allergies :		
Aux produits pouvant être utilisés pendant les soins thermaux (boues, huiles essentielles, eaux thermales spécifiques, etc.) ?	☐	☐
A certains matériaux présents dans les équipements (latex, nickel, etc.) ?	☐	☐
A certains médicaments ?	☐	☐
Si oui, lesquels ? _____		
Antécédents		
Avez-vous déjà eu une maladie de l'appareil locomoteur (port de prothèse ostéoarticulaire ou musculaire) ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu une maladie ORL ?	☐	☐

Questions	OUI	NON
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations (cœur irrégulier), une fatigue, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Avez-vous été opéré du cœur ou des vaisseaux ?	☐	☐
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée avant 60 ans ?	☐	☐

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, nous vous remercions de compléter l'attestation ci-après.

Attestation de réponses négatives au questionnaire de santé simplifié

J'atteste avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire de santé simplifié.
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées, sachant que toute erreur ou omission peut entraîner des risques pour ma santé.

Nom et prénom

Date

Signature

Je suis informé(e) que seules les sociétés du groupe Valvital (Compagnie Européenne des Bains et ses filiales) et leurs prestataires traitent les données personnelles ci-dessus recueillies. Les données collectées et ainsi traitées ne sont pas cédées, louées ou échangées. Elles peuvent être transférées en dehors de l'Union européenne, aux Etats-Unis, dans le cadre de l'utilisation des services de messagerie électronique de Google LLC. Cette société figure sur la « Data Privacy Framework list ». Conformément à la décision d'adéquation de la Commission européenne en date du 10 juillet 2023, les sociétés américaines figurant sur cette liste offrent un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui préconisé par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après « Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles »).

Elles ne sont collectées, traitées et éventuellement transférées que pour les seules finalités ci-après :

- Information sur les contre-indications et leur identification par le Client et par l'établissement thermal ;
- Adaptation éventuelle de la surveillance du Client dans le cadre des soins.

Le questionnaire de santé simplifié doit être rempli par le client avant l'exécution d'une mini cure pour vérifier l'absence de contre-indications. La collecte et le traitement des données personnelles reposent donc sur l'exécution du contrat d'achat d'une mini cure conformément à l'article 6, 1., b) du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles. La transmission du questionnaire rempli et/ou de l'attestation dûment signée par le client à l'établissement thermal matérialise le consentement explicite du client à la collecte et au traitement de ses données sensibles conformément à l'article 9 dudit règlement, en vue de vérifier l'absence de contre-indication à la réalisation d'une mini cure...

Je dispose des droits suivants : droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, d'effacement des données personnelles me concernant, de portabilité et droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée uniquement sur un traitement automatisé des données fournies. Dans la mesure où le traitement repose sur mon consentement pour les données sensibles, je dispose également du droit de retirer mon consentement à tout moment. Je suis informé(e) que le retrait de mon consentement peut entraîner l'impossibilité de poursuivre l'exécution du contrat.

Ces droits peuvent être exercés sur simple demande écrite envoyée par courrier à l'adresse suivante : VALVITAL Délégué à la protection des données personnelles 18 route du Revard CS 30349 73103 AIX-LES-BAINS ainsi que par email à l'adresse suivante : rgpd@valvital.fr.

Je suis informé(e) de mon droit à introduire une réclamation auprès de la CNIL, sur www.cnil.fr.