

**CLINIQUE DE JEÛNE MARCEL BOIVIN  
CENTRE DE SANTE ET REPOS TOTAL**

2075, Place Belvédère, Chicoutimi (Québec) G7H 0C1  
Tél. (418) 543-6292 Fax : (418) 543-1328

**VOTRE FICHE DE RÉSERVATION**

**Le Centre étant régi par la Loi sur la Protection du Consommateur (Permis No : 300,086), il est bien entendu qu'en vertu des articles 197 à 205 de cette même loi, le consommateur peut résilier, en tout temps, sa réservation. L'acompte versé lui sera donc retourné, par le retour du courrier, dans les délais conformes à la loi.**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Tél. : (Rés.) \_\_\_\_\_ (Bureau) \_\_\_\_\_

**CHOIX DU SÉJOUR :**

Alimentation équilibrée  Jeûne intégral  Demi-jeûne

**QUEL EST VOTRE OBJECTIF DE SÉJOUR ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HÉBERGEMENT :**

Chambre semi-privée :  75\$/jr + taxes  Chambre privée : 85\$/jr + taxes

**Seules les demandes de réservation, accompagnées d'un acompte de 350\$, seront prises en considération pour leur acceptation. Il est bien entendu que cet acompte est déduit des frais de séjour.**

**Afin que l'on puisse élaborer votre descente alimentaire personnalisée, veuillez nous indiquer vos goûts et habitudes alimentaires du déjeuner, dîner et souper.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATE DU SÉJOUR :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_