



Résidence de l'Ostrevent

Fiche de Renseignements

Date de la demande : ___/___/_____

COORDONNEES

NOM : Mr / Mme _____ PRENOM : _____ AGE : _____

NOM : Mr / Mme _____ PRENOM : _____ AGE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL DOMICILE : _____

TEL PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____@_____

AUTRE CONTACT : _____

LOGEMENT

NOMBRE DE PERSONNE DANS LE FOYER :

TYPE DE LOGEMENT SOUHAITE : T1 BIS (1 pièce) T2 (2 pièces) T3 (3 pièces)

SURFACE SOUHAITE : _____ m²

MONTANT SOUHAITE : _____ € maximum

OPTION FACULTATIVE : Garage (40€/mois) OUI NON

DEMANDES PARTICULIERES : _____

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES

RESTAURATION : MATIN MIDI SOIR

ENTRETIEN DU LINGE

MENAGE SUPPLEMENTAIRE

60 Anthénor Cauchy – 59111 BOUCHAIN
residencedelostrevent@ehpad-dronsart.fr
03 27 35 70 21 / fax : 03 27 35 94 53