

Questionnaire client

Nom :Prénom :
Adresse :
Tel. :

Quels sont les services que nos retraités devront effectuer :

Dates d'absence :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom + no.tél. :

Nom Vétérinaire + No. tél. :

Nom + adresse de votre assureur + no.tél. :

Vous souhaitez : couple personne seule (spécifier H/F) indifférent

Acceptez-vous : fumeur non fumeur

Descriptif de votre résidence :

Maison Appartement jardin piscine tennis

Surface m2 : / Nombre de pièces:..... Nombre de chambres:.....

TV Réfrigérateur Lave-vaisselle Lave-Linge

garage fermé parking ouvert

procurez vous les draps oui non

Votre maison/appartement se trouve : Ville Village isolée

Une description succincte de votre logement et lieux + photos seraient appréciées :

.....
.....

A quelle distance se trouve :

Médecin/pharmacie : / commerces : / SNCF :

Y-a-t-il des moyens de transport à proximité