



# Rose d'Automne

## La Résidence

### À RETOURNER À :

Fondation Rose d'Automne  
Ch. du Cardinal-Journet 4, 1752 Villars-sur-Glâne

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin de l'aide d'un service de soins à domicile? Si oui, de quelle(s) prestation(s) s'agit-il? \_\_\_\_\_

Avez-vous une personne qui s'occupe de vos affaires administratives? Si oui, nom, prénom et adresse \_\_\_\_\_

### INDIQUEZ UNE CROIX DANS LA RUBRIQUE QUI CONVIENT:

Je suis intéressé(e) par un appartement à la Résidence «Rose d'Automne» et je vous prie de m'inscrire sur la liste d'attente pour:

1½ pièce

2½ pièces

Je souhaite vous rencontrer au sujet de la Résidence «Rose d'Automne» et vous demande de me contacter pour fixer un rendez-vous.

J'ai une/des questions concernant ce projet: \_\_\_\_\_

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

Date

Signature