



QUESTIONNAIRE D'ARRIVÉE

	Chef(fe)s de famille	Conjoint(e)
A déjà habité la commune	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Lieu d'origine		
Si étranger, type de permis :		
Etat civil		
Date état civil	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
Nom et prénom du père		
Nom et prénom de la mère		
Nom de jeune fille de la mère		
Adresse complète de provenance		
Date d'arrivée	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	
Nouvelle adresse	<input type="checkbox"/> Cheyres <input type="checkbox"/> Châbles	
Rue et numéro		
Boîte postale		
Logement	Nombre de pièces : Etage :	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> centre
	Nom et prénom ancien locataire :	
Ménage commun	Si oui, nom et prénom :	
Sous curatelle :	Coordonnées du représentant : :	Coordonnées du représentant : :
Assurance maladie		
Compagnie Assurance ménage		
Détenteur d'un chien	Nom du chien :	Nom du chien :



Enfant(s)		
1	Nom, prénom	
	Date de naissance	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
	Lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	Assurance maladie	
2	Nom, prénom	
	Date de naissance	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
	Lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	Assurance maladie	
3	Nom, prénom	
	Date de naissance	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
	Lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	Assurance maladie	
4	Nom, prénom	
	Date de naissance	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
	Lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	Assurance maladie	

Ces données sont récoltées selon :

- l'art. 6 de la loi sur l'harmonisation des registres
- l'art. 4 de la loi sur le contrôle des habitants
- l'art. 3 et 4 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
- l'art. 5 de la loi sur l'assurance obligatoire du mobilier contre l'incendie



Données facultatives :

Profession exercée		
Téléphone		
Mail		
Intégration corps des sapeurs-pompiers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Carte déchetterie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Lieu et date :

Signature :