



COMMUNE DE

# CHEYRES-CHÂBLES

## QUESTIONNAIRE D'ARRIVÉE

	<b>Chef(fe)s de famille</b>	<b>Conjoint(e)</b>
<b>A déjà habité la commune</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Nom(s)</b>		
<b>Prénom(s)</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Lieu de naissance</b>		
<b>Lieu d'origine</b>		
<b>Si étranger, type de permis</b>		
<b>Etat civil</b>		
<b>Date état civil</b>		
<b>Religion</b>	<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
<b>Nom et prénom du père</b>		
<b>Nom et prénom de la mère</b>		
<b>Nom de jeune fille de la mère</b>		
<b>Adresse complète de provenance</b>		
<b>Date d'arrivée</b>		
<b>Nouvelle adresse</b>	<input type="checkbox"/> Cheyres	<input type="checkbox"/> Châbles
<b>Rue et numéro</b>		
<b>Boîte postale</b>		
<b>Logement</b>	Nombre de pièces : Etage :	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> centre
	Nom et prénom ancien locataire :	
<b>Ménage commun</b>	Si oui, compléter le formulaire <a href="#">attestation logeur</a>	
<b>Sous curatelle :</b>	Coordonnées du représentant :	Coordonnées du représentant :
<b>Assurance maladie</b>		
<b>Compagnie Assurance ménage</b>		
<b>Détenteur d'un chien</b>	Nom du chien :	Nom du chien :



<b>Enfant(s)</b>		
1	<b>Nom, prénom</b>	
	<b>Date de naissance</b>	
	<b>Lieu de naissance</b>	
	<b>Religion</b>	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	<b>Assurance maladie</b>	
2	<b>Nom, prénom</b>	
	<b>Date de naissance</b>	
	<b>Lieu de naissance</b>	
	<b>Religion</b>	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	<b>Assurance maladie</b>	
3	<b>Nom, prénom</b>	
	<b>Date de naissance</b>	
	<b>Lieu de naissance</b>	
	<b>Religion</b>	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	<b>Assurance maladie</b>	
4	<b>Nom, prénom</b>	
	<b>Date de naissance</b>	
	<b>Lieu de naissance</b>	
	<b>Religion</b>	<input type="checkbox"/> Catholique romaine <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Inconnue ou autre
	<b>Assurance maladie</b>	

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



COMMUNE DE

# CHEYRES-CHÂBLES

Données facultatives :

<b>Profession exercée</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Mail</b>		
<b>Intégration corps des sapeurs-pompiers</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Désirez-vous une carte déchetterie ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Par ma signature je prends note que mes données personnelles peuvent être transmises aux organes de l'état.</b>		

Lieu et date : .....

Signature : .....

**Dans le cas contraire, je remplis le [formulaire d'opposition](#) préventive à la communication de mes données personnelles**