



COMMUNE DE
CHEYRES-CHÂBLES

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		
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		
Nouvelle adresse	<input type="checkbox"/> Cheyres	<input type="checkbox"/> Châbles
Rue et numéro		
Boîte postale		
Logement	Nombre de pièces : Étage :	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> centre
	Nom et prénom ancien locataire :	
Ménage commun	Si oui, compléter le formulaire attestation logeur	
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	
	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	
	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	
	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	
	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



COMMUNE DE
CHEYRES-CHÂBLES

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
Désirez-vous une carte déchetterie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Par ma signature je prends note que mes données personnelles peuvent être transmises aux organes de l'état.		

Lieu et date :

Signature :

Dans le cas contraire, je remplis le formulaire d'opposition préventive à la communication de mes données personnelles