



COMMUNE DE

CHEYRES-CHÂBLES

QUESTIONNAIRE D'ARRIVÉE

Les données ci-dessous 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

	Chef(fe)s de famille	Conjoint(e)
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Lieu d'origine		
Si étranger, type de permis		
Langue maternelle		
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 : Etage :	<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 : No de puce :	Nom du chien : No de puce :
Intégration corps des sapeurs-pompiers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possédez-vous une carte déchetterie ?	<input type="checkbox"/> Oui N° de carte : <input type="checkbox"/> Non	
Selon l'art. 5 du règlement d'exécution relatif à la gestion des déchets de la commune de Cheyres-Châbles, il est interdit de céder une carte de déchetterie nominative.		

Enfant(s) mineur(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	

Données complémentaires :

Profession exercée		
Téléphone		
Mail		

Par ma signature je prends note que mes données personnelles peuvent être transmises aux organes de l'état.

Lieu et date :

Signatures :

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

Documents à nous fournir obligatoirement :

- ☐ un acte d'origine (l'original) pour chaque personne majeure
- ☐ une copie de pièce d'identité valable ou permis de séjour
- ☐ une copie du contrat d'assurance-maladie
- ☐ une attestation d'affiliation à une assurance RC ménage
- ☐ une copie du bail à loyer ou attestation du logeur
- ☐ pour les personnes séparées/divorcées/non-mariées avec enfant(s) mineur(s) : veuillez compléter la déclaration de consentement