



## FORMULAIRE D'ARRIVEE - INSCRIPTION

Nom(s) _____	
Prénom(s) _____	Prénom usuel _____
Date d'arrivée sur la commune _____	
Adresse complète _____	
Nom de l'immeuble/maison (si connu) _____	
Nombre de pièces _____	Etage (si pas maison individuelle) _____
Situation sur l'étage _____ <i>(nord-sud-est-ouest)</i>	
Propriétaire du logement _____	
Autre adresse (expédition) _____	
Nombre de personnes en ménage commun _____	Loyer (à titre indicatif) _____
No de téléphone/natel _____	e-mail _____
Ancienne adresse _____	Ancienne commune _____

Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
Nom de célibataire _____	Nom précédent _____	
Nom(s) père _____	Prénom(s) père _____	
Nom(s) mère (célib.) _____	Prénom(s) mère _____	
No AVS _____	Confession _____	
Etat civil+info _____	Autorisez-vous la commune à communiquer à la paroisse votre arrivée    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date+lieu de mariage _____ <i>pour les personnes avec enfants : copie du livret de famille</i>		
Date+lieu séparation/divorce _____ <i>pour les personnes avec enfants : document officiel de garde de(s) enfants(s)</i>		

Nationalité			
<u>Suisse</u>		<u>Etranger</u>	
Origine(s) _____	Permis _____	Date d'entrée CH _____	
Envoi votations :    français    allemand	Date établi. _____	No VS _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date échéance _____	No SIMIC _____	

Papiers déposés _____	Remarque permis <i>(copie d'un document d'identité valable)</i> _____		
Date du dépôt _____	Passeport no _____	Date d'établissement _____	
	Carte Identité no _____	Date d'échéance _____	

Caisse maladie _____	No d'assuré _____
<i>copie de la pièce officielle</i>	

Militaire <input type="checkbox"/>	Pompier <input type="checkbox"/>	PC <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

Propriétaire de chien <input type="checkbox"/>	Nombre _____	No médaille (si déjà délivrée) _____
No puce électronique _____	Nom assurance en responsabilité civile _____	
<i>copie du document</i>	<i>copie de l'assurance RC – date d'échéance</i>	

Employeur _____	Lieu de l'emploi _____
Profession _____	
Date de prise d'emploi _____	Date de fin d'engagement _____

Remarque :

Conjoint(e)

(Eponse et enfants : voir au verso)

## Conjoint(e)

Nom(s) _____	
Prénom(s) _____	Prénom usuel _____
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____ Sexe _____
Nom de célibataire _____	Nom précédent _____
Nom(s) père _____	Prénom(s) père _____
Nom(s) mère (célib.) _____	Prénom(s) mère _____
No AVS _____	Confession _____
No de téléphone/natel _____	Info état civil _____
Date d'arrivée sur la commune _____	
Ancienne adresse _____	Ancienne commune _____
Caisse maladie ( <i>pièce officielle</i> ) _____	No d'assuré _____
Remarque _____	e-mail _____

Nationalité	
<u>Suisse</u>	<u>Etranger</u> _____
Origine(s) _____	Permis _____ Date d'entrée CH _____
Envoi votations :      français      allemand	Date établi. _____ No VS _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date échéance _____ No SIMIC _____
Papiers déposés _____	Remarque permis ( <i>copie d'un document d'identité valable</i> ) _____
Date du dépôt _____	Passeport no _____ Date d'établissement _____
	Carte Identité no _____ Date d'échéance _____

Employeur _____	Lieu de l'emploi _____
Profession _____	
Date de prise d'emploi _____	Date de fin d'engagement _____

## Enfant(s)

Nom(s) _____		Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____	
Origine(s) _____		Confession _____	
Permis _____	Echéance _____	Passeport <input type="checkbox"/>	Carte identité <input type="checkbox"/> Echéance _____
Caisse maladie ( <i>pièce officielle</i> ) _____		No d'assuré _____	
Remarque ( <i>employeur, etc...</i> ) _____			

Nom(s) _____		Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____	
Origine(s) _____		Confession _____	
Permis _____	Echéance _____	Passeport <input type="checkbox"/>	Carte identité <input type="checkbox"/> Echéance _____
Caisse maladie ( <i>pièce officielle</i> ) _____		No d'assuré _____	
Remarque ( <i>employeur, etc...</i> ) _____			

Nom(s) _____		Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____	
Origine(s) _____		Confession _____	
Permis _____	Echéance _____	Passeport <input type="checkbox"/>	Carte identité <input type="checkbox"/> Echéance _____
Caisse maladie ( <i>pièce officielle</i> ) _____		No d'assuré _____	
Remarque ( <i>employeur, etc...</i> ) _____			

Mollens, le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_