

Type de résidence

☐ Principale

☐ Secondaire

Personne(s) adultes(s)	Personne 1		Personne 2	
Nom				
Nom de célibataire				
Prénoms (mettre entre " " le prénom non-usuel)				
Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance				
Lieu de naissance				
Langue maternelle				
Nationalité				
Lieu(x) d'origine (si nationalité suisse) <i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques" au verso</i>	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation <input type="checkbox"/> par mariage Date : _____	2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation <input type="checkbox"/> par mariage Date : _____	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation <input type="checkbox"/> par mariage Date : _____	2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation <input type="checkbox"/> par mariage Date : _____
Permis de séjour (si nationalité étrangère)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____	
Etat-civil Veuillez cocher votre état civil actuel. <i>*En cas de séparation, divorce ou veuvage, veuillez également compléter la date et le lieu du mariage ainsi que le nom / prénom de votre (ex-)conjoint</i>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié Date et lieu : _____ <i>Nom / prénom conjoint : _____</i> <input type="checkbox"/> Séparé* Date : _____ <input type="checkbox"/> Divorcé* Date et lieu : _____ <input type="checkbox"/> Veuf* Date et lieu : _____		<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié Date et lieu : _____ <i>Nom / prénom conjoint : _____</i> <input type="checkbox"/> Séparé* Date : _____ <input type="checkbox"/> Divorcé* Date et lieu : _____ <input type="checkbox"/> Veuf* Date et lieu : _____	
Religion				
Nom et prénoms du père				
Nom de célibataire de la mère (si nationalité suisse)				
Nom et prénoms de la mère				
Numéro AVS				
Nom de l'assurance maladie (LAMal)				
Nom de l'assurance ménage				
Numéro de téléphone (fixe et/ou portable)				
Adresse e-mail				
Profession				
Nom de l'employeur/de l'entreprise				
Lieu du travail				
Si vous n'avez pas d'employeur, veuillez cocher	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Inactif / sans emploi	<input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Rentier AVS / AI	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Inactif / sans emploi	<input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Rentier AVS / AI
Avez-vous un véhicule immatriculé à votre nom ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous propriétaire d'un chien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une curatelle ? (si oui, joindre l'acte de nomination)	<input type="checkbox"/> Oui Nom et prénom du curateur(trice) : _____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Nom et prénom du curateur(trice) : _____	<input type="checkbox"/> Non
Date d'arrivée dans la Commune de Riaz				
Adresse d'arrivée dans la Commune de Riaz				
Logement	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Colocataire Etage: _____ Numéro logement (si connu) : _____	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sous-locataire Pièce(s): _____ Nom occupant précédent (si connu): _____	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Colocataire Etage: _____ Numéro logement (si connu) : _____	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sous-locataire Pièce(s): _____ Nom occupant précédent (si connu): _____
Nom de la régie/du bailleur/du logeur				
Partagez-vous le logement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom et prénom de la personne				
Adresse de domicile précédent				
Localité précédente				

Enfant(s) mineur(s) vivant dans le ménage

Enfant 1		Enfant 2	
Nom			
Prénoms (mettre entre " " le prénom non-usuel)			
Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Langue maternelle			
Nationalité			
Lieu(x) d'origine (si nationalité suisse) <i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"</i>	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____	2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____ 2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____
Permis de séjour (si nationalité étrangère)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____
Religion			
Degré scolaire/profession			
Nom de l'assurance maladie (LAMal)			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Nom et prénoms mère (si pas inscrite dans le ménage)			
Nom et prénoms père (si pas inscrit dans le ménage)			
Enfant 3		Enfant 4	
Nom			
Prénoms (mettre entre " " le prénom non-usuel)			
Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Langue maternelle			
Nationalité			
Lieu(x) d'origine (si nationalité suisse) <i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"</i>	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____	2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____	1. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____ 2. _____ <input type="checkbox"/> par filiation <input type="checkbox"/> par naturalisation Date : _____
Permis de séjour (si nationalité étrangère)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Echéance : _____
Religion			
Degré scolaire/profession			
Nom de l'assurance maladie (LAMal)			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Nom et prénoms mère (si pas inscrite dans le ménage)			
Nom et prénoms père (si pas inscrit dans le ménage)			

Le formulaire doit être intégralement complété, faute de quoi le contrôle de l'habitant devra reprendre contact avec vous pour finaliser votre inscription.

Remarques : _____

Le/la/les soussigné(es) certifie(nt) l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : _____ Signature "Personne 1" : _____ Signature "Personne 2" : _____