

Avis d'arrivée

Type de résidence

Principale

Secondaire

Personne(s) adulte(s)		Personne 1		Personne 2	
Nom					
Nom de célibataire					
Prénoms (mettre entre " " le prénom non-usuel)					
Genre	<input type="checkbox"/> Maculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Maculin	<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 <i>Veuillez cocher votre état civil actuel.</i> <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 : _____ Nom / prénom conjoint : _____	<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 : _____ Nom / prénom conjoint : _____	<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 / A1	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Inactif / sans emploi	<input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Rentier AVS / A1	
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 ? <i>(si oui, joindre l'acte de nomination)</i>	<input type="checkbox"/> Oui Nom et prénom du curateur(trice) : _____	<input type="checkbox"/> Non	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: _____	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sous-locataire Pièce(s): _____	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Colocataire Etage: _____	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sous-locataire Pièce(s): _____	
Nom de la régie/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"/> Maculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Maculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance					
Lieu de naissance					
Langue maternelle					
Nationalité					
Lieu(x) d'origine (si nationalité suisse) Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"	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"/> Maculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Maculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance					
Lieu de naissance					
Langue maternelle					
Nationalité					
Lieu(x) d'origine (si nationalité suisse) Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"	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 renseignement ci-dessus.

Date :

Signature "Personne 1" :

Signature "Personne 2" :