

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)<br><i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques" au verso</i>                                                                                   | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br><input type="checkbox"/> par mariage<br>Date : _____                                                                                                                                             | 2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br><input type="checkbox"/> par mariage<br>Date : _____ | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br><input type="checkbox"/> par mariage<br>Date : _____                                                                                                                                             | 2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br><input type="checkbox"/> par mariage<br>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<br>Veuillez cocher votre état civil actuel.<br><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<br><input type="checkbox"/> Marié Date et lieu : _____<br><i>Nom / prénom conjoint : _____</i><br><input type="checkbox"/> Séparé* Date : _____<br><input type="checkbox"/> Divorcé* Date et lieu : _____<br><input type="checkbox"/> Veuf* Date et lieu : _____ |                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Marié Date et lieu : _____<br><i>Nom / prénom conjoint : _____</i><br><input type="checkbox"/> Séparé* Date : _____<br><input type="checkbox"/> Divorcé* Date et lieu : _____<br><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<br><input type="checkbox"/> Inactif / sans emploi                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Etudiant<br><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 ?<br>(si oui, joindre l'acte de nomination)                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui<br>Nom et prénom du curateur(trice) : _____                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui<br>Nom et prénom du curateur(trice) : _____                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |
| Date d'arrivée dans la Commune de Riaz                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |
| Adresse d'arrivée dans la Commune de Riaz                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |
| Logement                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Propriétaire<br><input type="checkbox"/> Colocataire<br>Etage : _____ Pièce(s) : _____<br>Numéro logement (si connu) : _____ Nom occupant précédent (si connu) : _____                                                                                                       |                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Propriétaire<br><input type="checkbox"/> Colocataire<br>Etage : _____ Pièce(s) : _____<br>Numéro logement (si connu) : _____ 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)<br><i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"</i> | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____ | 2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____ | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____<br>2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>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)<br><i>Si plus de deux lieux d'origine, le mentionner dans le champ "Remarques"</i> | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____ | 2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____ | 1. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>Date : _____<br>2. _____<br><input type="checkbox"/> par filiation<br><input type="checkbox"/> par naturalisation<br>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" : \_\_\_\_\_