

Questionnaire pour habitants

A transmettre au contrôle des habitants :

- ce questionnaire
- acte d'origine
- copie police d'assurance-maladie et ménage
- copie du livret de famille

Nom	_____	Date de naissance	_____
Nom de naissance	_____	Lieu de naissance	_____
Prénom	_____	Canton, Pays naissance	_____
2ème prénom	_____	Nationalité	_____
3ème prénom	_____	Double nationalité	_____
Adresse	_____		
Case postale	_____	Numéro d'appart.	_____

Dates + lieux d'arrivée (Provenance)

Dans la Commune	le	de
Dans le Canton	le	de
Dans le Pays	le	de

No AVS

Religion

Etat civil	célibataire <input type="checkbox"/>	marié <input type="checkbox"/>	séparé <input type="checkbox"/>	divorcé <input type="checkbox"/>
dès le (date)				

Conjoint

	<i>actuel</i>	<i>ancien</i>
Nom		
Prénom (s)		
Date de naissance		
Adresse		
Domicile		

Assurances :

Nom assurance maladie
Numéro d'assuré
Nom assurance ménage

où vous joindre :

Numéro téléphone fixe
Numéro téléphone portable
E-mail

Père :

Nom
Prénom
2ème prénom
3ème prénom

Mère :

Nom
Nom naissance
Prénom
2ème prénom
3ème prénom

 **verso**

Enfant (s) :

Nom, Prénom	Date de naissance	Adresse	Domicile

Origine : ! Mentionner tous les lieux

Lieux
Canton
Pays
Nature : par naissance <input type="checkbox"/> par mariage <input type="checkbox"/> par naturalisation <input type="checkbox"/>

Situation professionnelle :

Salarié <input type="checkbox"/>	Indépendant <input type="checkbox"/>	Rentier <input type="checkbox"/>	Sans activité <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--

Pour les salariés et les indépendants :**Employeur :**

Nom
Adresse
Lieu
Téléphone prof
Taux d'occupation
Profession

Pour les rentiers :

Rente AVS versé par
Numéro d'affilié

Tutelle ou curatelle :

oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nom du tuteur _____ dès le _____
--

Pompier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Protéc. Civil	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Propriétaire de chien	oui <input type="checkbox"/> nbre __	non <input type="checkbox"/>

Lieu et date _____

Signature _____

Pour les étrangers**Permis :**

Type
No référence cantonale
No symic

Date d'émission
Date d'échéance

Dernier domicile à l'étranger

Séjours précédants en Suisse

Lieux	du	au