



## Commune de domicile – annonce d'arrivée

Représentant	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Etat civil :	Date et lieu de l'évènement :
Profession :	Employeur :
Date arrivée dans la commune :	
Adresse de provenance :	Adresse : Localité :
Adresse dans la commune :	Adresse : Localité :
<input type="checkbox"/> propriétaire	<input type="checkbox"/> locataire Nbre de pièces : Etage : Locataire précédent :
Assurance maladie :	Assurance mobilier :
Propriétaire de chiens : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

<b>Conjoint / Partenaire</b>	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symbic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Etat civil :	Date et lieu de l'évènement :
Profession :	Employeur :
Assurance maladie :	
<b>Enfant 1</b>	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symbic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Assurance maladie :	
<b>Enfant 2</b>	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	

Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symbic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Assurance maladie :	
<b>Enfant 3</b>	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symbic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Assurance maladie :	
<b>Enfant 4</b>	
Nom :	Prénom :
Numéro AVS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Confession : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> autre	
Lieu(x) d'origine :	Nationalité :
	Permis : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre
	No Symbic :
	Date d'entrée canton FR :
Père :	Mère :
Assurance maladie :	