Annonce d’arrivée

**Chef de famille**

Nom de famille :       Prénoms :

Père : Nom :       Prénoms :

Mère : Nom :       née :       Prénoms :

Origine :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

Etat civil :  Date de changement :

Date de mariage[[1]](#footnote-1) :       Lieu de mariage :

N° AVS :

Langue maternelle :

Confession :

Armée : [ ]  Oui [ ]  Non PC : [ ]  Oui [ ]  Non Pompier : [ ]  Oui [ ]  Non

Chien : [ ]  Oui [ ]  Non si oui, remplir le formulaire « Fiche d’information – Chiens ».

Arrivée le :       De :

 Annoncé le :

Profession :       - Employeur :       - NPA :

Activité : [ ]  Dépendant à plein temps,

 [ ]  Indépendant à plein temps,

 [ ]  Sans activité lucrative,

 [ ]  Rentier -ère

Téléphone :       E-mail :

Assurance ménage :       Assurance maladie :

Adresse à Soyhières :  N °       - Appartement :

Case postale :

Certificat d’établissement : Payé [ ]
(*à payer sur le CCP 25-533-7, avec mention CE – votre nom et prénom*)

**Documents à joindre :**

* **Copie Carte d’ass. maladie (1x)**
* **Copie Assurance ménage (1x)**
* **Acte d’origine**
* **Fr. 10.00**

**Conjoint(e)/concubin/colocataire**

Nom de famille :       Prénoms :

Père : Nom :       Prénoms :

Mère : Nom :       née :       Prénoms :

Origine :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

Etat civil : Date de changement :

Date de mariage[[2]](#footnote-2) :       Lieu de mariage :

N° AVS :

Langue maternelle :

Confession :

Armée : [ ]  Oui [ ]  Non PC : [ ]  Oui [ ]  Non Pompier : [ ]  Oui [ ]  Non

Chien : [ ]  Oui [ ]  Non si oui, remplir le formulaire « Fiche d’information – Chiens ».

Arrivée le :       De :

 Annoncé le :

Profession :       - Employeur :       - NPA :

Activité : [ ]  Dépendant à plein temps,

 [ ]  Indépendant à plein temps,

 [ ]  Sans activité lucrative,

 [ ]  Rentier -ère

Téléphone :       E-mail :

Assurance ménage :       Assurance maladie :

Adresse à Soyhières : N °       - Appartement :

Case postale :

Certificat d’établissement : Payé [ ]
(*à payer sur le CCP 25-533-7, avec mention CE – votre nom et prénom*)

**Documents à joindre :**

* **Copie Carte d’ass. maladie (1x)**
* **Copie Assurance ménage (1x)**
* **Acte d’origine**
* **Fr. 10.00**

**Enfant(s)**

Nom de famille :       Prénoms :

Père : Nom :       Prénoms :

Mère : Nom :       née :       Prénoms :

Origine :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

N° AVS :

Langue maternelle :

Confession : Assurance maladie :

**Enfant(s)**

Nom de famille :       Prénoms :

Père : Nom :       Prénoms :

Mère : Nom :       née :       Prénoms :

Origine :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

N° AVS :

Langue maternelle :

Confession : Assurance maladie :

**Enfant(s)**

Nom de famille :       Prénoms :

Père : Nom :       Prénoms :

Mère : Nom :       née :       Prénoms :

Origine :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

N° AVS :

Langue maternelle :

Confession : Assurance maladie :

1. Si séparer. [↑](#footnote-ref-1)
2. Si séparer. [↑](#footnote-ref-2)