



Utilisez TAB pour vous déplacer. Merci

HOMME

FEMME

<input type="radio"/> Cote de l'impôt cantonal <input type="radio"/> Salaire mensuel	CHF	CHF
Nom		
Prénom		
Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Si nationalité étrangère, type du permis de séjour (copie du permis)		
Adresse à Granges-Paccot (rue + no)		
Arrivée à Granges-Paccot, le (jj.mm.aaaa)		
Etage + situation (gauche/droite)		
Nom de la régie ou du propriétaire		
Nombre de pièce/s du logement		
Statut	<input type="radio"/> Locataire <input type="radio"/> Colocataire (rattaché au ménage) <input type="radio"/> Propriétaire <input type="radio"/> Copropriétaire	
Ménage commun avec		
Occupant précédent du logement		
Commune de provenance		
Date de l'arrivée dans le canton (si nationalité étrangère)		
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> Veuf/-ve <input type="checkbox"/> Partenariat enregistré <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e	
Date de l'état civil (jj.mm.aaaa)		
Lieu du changement de l'état civil		
Prénom du père		
Nom du père		
Prénom de la mère		
Nom de jeune fille de la mère		
Lieu d'origine (si nationalité suisse)		

Confession (religion)					
Langue maternelle					
N°AVS					
N° contribuable (sur avis de taxation)					
Militaire ou protection civile					
Caisse maladie (copie de la carte)					
Assurance choses/incendie (copie de la police)					
Etes-vous sous <input type="checkbox"/> Curatelle ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Conseil légal ?		Si oui, Nom :		Prénom :	
		Adresse :		NPA-Lieu :	
Profession					
Employeur / Ecole					
Lieu de l'employeur / l'école					
Enfant/s : Nom et prénom		Date naissance	Lieu naissance	Assurance maladie	Confession (religion)
Détenteur de véhicule/s : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Moto		<input type="checkbox"/> Scooter	
Numéro de téléphone mobile					
Numéro de téléphone fixe privé					
Numéro de téléphone professionnel					
E-mail					
Le/la soussigné/-e certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Il/elle reconnaît avoir été rendu/-e attentif/-ve à l'obligation de s'assurer (Assurance maladie et mobilier contre l'incendie)		Date : signature		Date : signature	