



Homme  Femme

Homme  Femme

<input type="radio"/> Cote de l'impôt cantonal		
<input checked="" type="radio"/> Salaire mensuel	CHF	CHF
Nom		
Prénom		
Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
Lieu et pays de naissance		
Nationalité		
Si nationalité étrangère, type du permis de séjour ( <b>copie du permis</b> )		
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)		
<b>Etat civil</b>	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e	<input type="checkbox"/> Veuf/-ve <input type="checkbox"/> Partenariat enregistré
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 ( <b>copie de la police</b> )		
Assurance dégâts eau/incendie ( <b>copie de la police</b> )		

Etes-vous sous <input type="checkbox"/> Curatelle ? <input type="checkbox"/> Non	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 + origine	Année scolaire	Assurance maladie	Confession (religion)

Détenteur de véhicule/s : <input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
---	---	---

Numéro de téléphone mobile	
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
--	----------------------------------	----------------------------------