

Commune Val-de-Charmey – ANNONCE D'ARRIVÉE

Type de résidence : Principale

Acte d'origine (pour les suisses)

Contrat d'assurance-maladie

Émoluments CHF 20.00

Permis de séjour (pour les étrangers)

Copie de bail

Type de résidence : Séjour

Attestation de domicile de la commune + bail

Émoluments CHF 20.00

Ce formulaire est à compléter par la personne arrivant à Val-de-Charmey et à retourner à l'administration communale dans les meilleurs délais.

1. Données personnelles

Nom _____

Nom de j. fille _____

Prénom(s) _____

Sexe Masculin Féminin

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Nom du père _____

Prénom du père _____

Nom de j. fille mère _____

Prénom de la mère _____

État civil Célibataire Marié(e)

Divorcé(e) Séparé(e)

Veuf/veuve

Nationalité / type de permis _____

Origine (filiation) _____

Religion _____

Numéro AVS _____

Militaire ou PC _____

Langue maternelle _____

Langue correspondance _____

N° tél. _____

Adresse e-mail _____

Date de l'état civil _____

Lieu de l'état civil _____

2. Profession

Profession _____

Employeur _____

Adresse _____

NPA, Localité _____

3. Logement

Adresse _____

Colocation

Nom du colocataire _____

Propriétaire

Nbre d'étage(s) _____

Nbre de pièces (s) _____

NPA, localité _____

Locataire

Nom/prén. Bailleur _____

Etage _____

Nbre de pièce(s) _____

N° d'appartement _____

Nom locataire préc. _____

4. Arrivée dans la commune

Date d'arrivée _____

AO déposé le _____

Ancienne adresse _____

NPA, localité _____

5. Obligation d'assurance (nom de l'assurance)

Assurance maladie _____

Assurance ménage _____

6. Êtes-vous détenteur d'un véhicule automobile ?

Oui

Non

7. Êtes-vous détenteur d'un chien ?

Oui

Non

Nbre de chien _____

8. Êtes-vous sous curatelle ou conseil légal ?

Oui

Non

Conseil légal

Curatelle

Article de curatelle _____

Depuis le _____

Nom du curateur _____

Adresse _____

9. Conjoint/partenaire

Nom _____

Religion _____

Nom de j. fille _____

Numéro AVS _____

Prénom(s) _____

Militaire ou PC _____

Sexe Masculin Féminin

Profession _____

Date de naissance _____

Nom de l'employeur _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Nom du père _____

NPA, Localité _____

Prénom du père _____

Assurance maladie _____

Nom de j. fille mère _____

Langue maternelle _____

Prénom de la mère _____

Langue correspondance _____

Nationalité / type de permis _____

N° tél. _____

Origine (filiation) _____

Adresse e-mail _____

10. Enfant(s)

Nom _____

Nom _____

Prénom(s) _____

Prénom(s) _____

Sexe Masculin Féminin

Sexe Masculin Féminin

Date de naissance _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Lieu de naissance _____

Langue maternelle _____

Langue maternelle _____

Religion _____

Religion _____

Assurance maladie _____

Assurance maladie _____

Nom _____

Nom _____

Prénom(s) _____

Prénom(s) _____

Sexe Masculin Féminin

Sexe Masculin Féminin

Date de naissance _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Lieu de naissance _____

Langue maternelle _____

Langue maternelle _____

Religion _____

Religion _____

Assurance maladie _____

Assurance maladie _____

Communications éventuelles : _____

Le/la soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessous. Il/elle reconnaît avoir été rendu attentif/ve à l'obligation de s'assurer (assurance-maladie et mobilier contre l'incendie).

Lieu/date _____

Signature _____