



## Formulaire d'inscription

### Données personnelles :

Nom			
Prénom		Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance		Lieu de naissance	
Confession		Nationalité	
Lieu d'origine		Type de permis	
État civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> séparé (e) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré
Depuis le		Lieu d'événement	
Nom conjoint(e)			
Numéro téléphone		E-mail	
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> allemand	Langue maternelle	
Curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom / adresse	

### Domicile :

Date arrivée dans commune		Date arrivée canton FR	
Adresse dans la commune		NPA / Lieu	
<input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> colocataire		Retour ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ménage commun avec			
Bailleur			
Nom ancien locataire			
Nombre pièces		Etage	
	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> milieu	<input type="checkbox"/> droite
Arrivée de (Ancienne adresse)		NPA / Lieu	



**Divers :**

<b>Assurance ménage</b>		<b>Assurance maladie</b>	
<b>Profession exercée</b>	<input type="checkbox"/> indépendant(e) <input type="checkbox"/> employé(e)	<b>Emploi</b>	
<b>Employeur</b>		<b>Lieu de travail</b>	
<b>Véhicule</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Chien</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Nom(s) chien(s)</b>			
<b>Container</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>Container au nom de</b>			
<input type="checkbox"/> Reprise de l'ancien propriétaire <input type="checkbox"/> commande container <input type="checkbox"/> container communautaire			

**Enfants :**

<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>		<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
<b>Date de naissance</b>		<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Confession</b>		<b>Nationalité</b>	
<b>Lieu d'origine</b>		<b>Type de permis</b>	
<b>Langue maternelle</b>		<b>Assurance maladie</b>	

<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>		<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
<b>Date de naissance</b>		<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Confession</b>		<b>Nationalité</b>	
<b>Lieu d'origine</b>		<b>Type de permis</b>	
<b>Langue maternelle</b>		<b>Assurance maladie</b>	

<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>		<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
<b>Date de naissance</b>		<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Confession</b>		<b>Nationalité</b>	
<b>Lieu d'origine</b>		<b>Type de permis</b>	
<b>Langue maternelle</b>		<b>Assurance maladie</b>	

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Payé :  oui  non / Vignette : \_\_\_\_