



Einschreibeformular

Persönliche Daten :

Name			
Vorname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum		Geburtsort	
Religion		Nationalität	
Heimatort		Ausländerausweis	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft
Seit		Ort des Ereignisses	
Name Ehepartner(in)			
Telefonnummer		E-Mail	
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> deutsch	Muttersprache	
Beistand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name / Adresse	

Wohnort :

Ankunftsdatum In der Gemeinde		Einreisedatum in den Kanton FR	
Adresse in der Gemeinde		PLZ / Ort	
<input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Mitbewohner		Rückkehr ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gemeinsamer Haushalt mit			
Vermieter			
Name Vormieter			
Anzahl Zimmer		Stockwerk	
<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> mitte <input type="checkbox"/> rechts			
Ankunft von (alte Adresse)		PLZ / Ort	



Diverse :

Hausratversicherung		Krankenkasse	
Beruf		<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbstständig	
Arbeitgeber		Ort der Arbeit	
Fahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name(n) Hund(e)			
Container	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Container unter folg. Namen			
<input type="checkbox"/> Übernahme vom Vorbesitzer <input type="checkbox"/> Bestellung Container <input type="checkbox"/> Gemeinschaftscontainer			

Kinder :

Name			
Vorname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum		Geburtsort	
Religion		Nationalität	
Herkunftsort		Ausländerausweis	
Muttersprache		Krankenkasse	

Name			
Vorname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum		Geburtsort	
Religion		Nationalität	
Herkunftsort		Ausländerausweis	
Muttersprache		Krankenkasse	

Name			
Vorname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum		Geburtsort	
Religion		Nationalität	
Herkunftsort		Ausländerausweis	
Muttersprache		Krankenkasse	

Datum : _____

Unterschrift : _____

Bezahlt : ja nein / Vignette : ____