



## Commune Chénens Formulaire d'inscription

Données personnelles	
Nom :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse :	
Localité :	
No de téléphone :	
Courriel :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Langue maternelle :	
Religion :	
Origine :	
Nationalité :	
No AVS :	
Père : Nom & prénom :	
Mère : Nom & prénom :	
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié (e) <input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> séparé (e) <input type="checkbox"/> veuf (veuve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous
Depuis le :	
Lieu de l'événement :	
Profession	
Profession :	
Employeur :	
Lieu :	
Arrivée le	
Date :	
Ancienne adresse :	
Avez-vous déjà habité à Chénens : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Logement	
<input type="checkbox"/> Locataire	Nom ancien locataire : Nbre pces : Etage : Vit avec :
<input type="checkbox"/> Propriétaire	Nom ancien propriétaire : Vit avec : Relevé compteur :
Assurances	
Assurance-maladie :	
Assurance ménage :	
Chien	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	Nbre :
Curatelle	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	Nom & prénom : Adresse & Lieu :
A laisser blanc → infos internes à la commune	
Encaisser CHF 20.- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° carte déchetterie :	
AO / permis :	

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

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

<b>Conjoint/Partenaire enregistré</b>
Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
No de téléphone :
Courriel :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Langue maternelle :
Religion :
Origine :
Nationalité :
No AVS :
Père : Nom & prénom :
Mère : Nom & prénom :
Profession :
Nom de l'employeur :
Lieu :
Assurance-maladie :
AO / permis :

<b>Enfant</b>
Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Origine :
Père : Nom & prénom :
Mère : Nom & prénom :
Langue maternelle :
Confession :
No AVS :
Assurance-maladie :
Permis :

<b>Enfant</b>
Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Origine :
Père : Nom & prénom :
Mère : Nom & prénom :
Langue maternelle :
Confession :
No AVS :
Assurance-maladie :
Permis :

<b>Enfant</b>
Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Origine :
Père : Nom & prénom :
Mère : Nom & prénom :
Langue maternelle :
Confession :
No AVS :
Assurance-maladie :
Permis :