



COMMUNE DE SURPIERRE
CONTROLE DES HABITANTS

Administration communale
Route de Granges 5
1527 Villeneuve

QUESTIONNAIRE D'ARRIVEE PERSONNES SUISSES

Données récoltées selon l'art. 6 de la Loi sur l'harmonisation des registres et l'art. 4 de la Loi sur le contrôle des habitants

	Chef (-fe) de famille	Conjoint (-e)
Nom (-s)		
Prénom (-s)		
Date et lieu de naissance		
Lieu d'origine		
Etat civil (lieu et date)		
Langue maternelle		
Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
Nom et prénom du père		
Nom et prénom de la mère		
Nom de jeune fille de la mère		
Domicile et adresse de provenance		
Date d'arrivée		
Rue et village de domicile		
Logement	Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement / Nbre de pièces <input type="checkbox"/> gauche / <input type="checkbox"/> droite / <input type="checkbox"/> centre Etage : 1 ^{ère} location : <input type="checkbox"/> oui, neuf <input type="checkbox"/> non, déjà loué Si non, nom et prénom ancien locataire :	
	Si oui avec : Nom et prénom :	

Enfant (-s)		
1	Nom, Prénom	
	Date et lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
	Nom assurance maladie	
2	Nom, Prénom	
	Date et lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
	Nom assurance maladie	
3	Nom, Prénom	
	Date et lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
	Nom assurance maladie	
4	Nom, Prénom	
	Date et lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
	Nom assurance maladie	
5	Nom, Prénom	
	Date et lieu de naissance	
	Religion	<input type="checkbox"/> Catholique romain <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Juif / israélite <input type="checkbox"/> Inconnue (pour toutes les autres religions et les personnes sans religion)
	Nom assurance maladie	

Contrôle de l'affiliation à une assurance maladie (art. 3 et 4 de la Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie)

Nom de l'assurance maladie		
----------------------------	--	--




Contrôle de l'affiliation à une assurance mobilière (art. 5 al. 1 de la Loi sur l'assurance obligatoire du mobilier contre l'incendie)

Nom de l'assurance ménage		
---------------------------	--	--

Détention d'un véhicule automobile (art. 13 de la Loi sur l'imposition des véhicules automobiles et des remorques)

Détenteur d'un véhicule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Permis de conduire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Données facultatives à usage interne à la commune (pour pouvoir vous joindre et pour les besoins du service financier)

Profession exercée		
Employeur actuel		
		
		
		
Compte IBAN et nom de la Banque (pour les remboursement d'impôts éventuels)		
Intégration au corps des sapeurs-pompiers	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Carte déchetterie	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : no	

Lieu et date :

Signature(s) :