



Déclaration d'arrivée dans la Commune

Données personnelles

Nom _____ Nom (avant mariage) _____
Prénom _____ Lieu d'origine _____
Date naissance _____ Lieu naissance _____
Confession* _____
Nom du père _____ Prénom du père _____
Nom de la mère _____ Prénom de la mère _____
Etat civil célibataire marié (e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)
Date d'état civil _____ Lieu d'état civil : _____
Date d'arrivée à Val-d'Illiez _____

Domicile

Adresse du précédent domicile _____
Adresse précise à Val-d'Illiez _____
Type de logement Maison individuelle Appartement Studio
 Propriétaire Locataire
Nom du bâtiment _____
N° appart. _____ Etage _____ Situation _____ Nbre de pièce _____
Nom et prénom du propriétaire _____
Ménage existant Oui Non
Si oui, nom et prénom _____

Divers

Profession _____ Employeur* _____
Adresse de l'employeur* _____
Téléphone / Mobile* _____
Email* _____
Caisse maladie _____
Chiens oui non
N° AVS _____

- **Documents à apporter :** Acte d'origine pour les ressortissants suisses
 Permis de séjour pour les ressortissants étrangers
 Copie du livret de famille pour les enfants
 Copie d'une pièce d'identité valable
 Copie de l'attestation d'assurance maladie
 Formulaire de confession

EPOUSE

Données personnelles			
Nom	_____	Nom (avant mariage)	_____
Prénom	_____	Lieu d'origine	_____
Date naissance	_____	Lieu naissance	_____
Confession*	_____		
Nom du père:	_____	Prénom du père	_____
Nom de la mère	_____	Prénom de la mère	_____

Divers			
Profession	_____	Employeur*	_____
Adresse de l'employeur* _____			
Téléphone / Mobile* _____			
Email* _____			
Caisse maladie _____			
N° AVS _____			

ENFANTS

Données personnelles			
Nom	_____	Prénom	_____
Lieu d'origine	_____		
Date naissance	_____	Lieu naissance	_____
Caisse maladie	_____	Degré scolaire	: _____

Données personnelles			
Nom	_____	Prénom	_____
Lieu d'origine	_____		
Date naissance	_____	Lieu naissance	_____
Caisse maladie	_____	Degré scolaire	: _____

Données personnelles			
Nom	_____	Prénom	_____
Lieu d'origine	_____		
Date naissance	_____	Lieu naissance	_____
Caisse maladie:	_____	Degré scolaire	: _____

J'atteste que les renseignements donnés ci-dessus sont conformes à la vérité :

Val-d'Illiez, le _____ Signature _____