

**Commune de Cottens**Route du Centre 20
Case postale 36
CH-1741 CottensT +41 26 477 93 00
admin@cottens-fr.ch
www.cottens-fr.ch**FORMULAIRE D'ARRIVÉE****Type de résidence** principal séjour

Documents à apporter	Date
Acte d'origine	
Avis de taxation	
Assurance ménage	
Assurance maladie	
Bail à loyer	
Annonce de colocation	
Emolument, CHF 20.00	

PERSONNE DE REFERENCE DU MÉNAGE

Données personnelles	Noms officiels		Nom avant mariage	
	Prénoms officiels		Lieu d'origine	
	Date de naissance		Lieu de naissance	
	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve)		
	Date d'état civil		Lieu d'état civil	
	Nationalité			
	Permis de séjour	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N		
	Nom du père		Prénoms du père	
	Nom et nom JF de la mère		Prénoms de la mère	
	Curatelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom et adresse		
	Confession (religion)	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre		
	Langue maternelle			

Domicile	Date d'arrivée	
	Provenance (adresse)	
	Adresse à Cottens	
	Je suis le :	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Colocataire
	Nom de la régie, du bailleur ou colocataire	
	Etage	Nombre de pièce

Divers	Assurance ménage		Assurance maladie	
	Numéros de téléphone		Adresse e-mail	
	IBAN (remboursement impôts)			
	Profession exercée		<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps partiel	
	Employeur			
	Lieu de travail			
	Détenteur d'un véhicule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Pompier	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> exonéré (sur remise d'un justificatif)		
	Détenteur d'un chien	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Verso à compléter, dater et signer ./.

CONJOINT

Données personnelles	Noms officiels		Nom avant mariage	
	Prénoms officiels		Lieu d'origine	
	Date de naissance		Lieu de naissance	
	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	Nationalité			
	Permis de séjour	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S		
	Nom du père		Prénoms du père	
	Nom et nom JF de la mère		Prénoms de la mère	
	Curatelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom et adresse curateur :		
	Confession (religion)	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre		
	Langue maternelle			

Divers	Assurance ménage		Assurance maladie	
	Numéros de téléphone		Adresse e-mail	
	Profession exercée		<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps partiel	
	Employeur			
	Lieu de travail			
	Détenteur d'un véhicule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Pompier	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> exonéré (sur remise d'un justificatif)		
	Détenteur d'un chien	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

ENFANTS

Données personnelles	Noms officiels		Prénoms officiels	
	Date de naissance		Lieu de naissance	
	Lieu d'origine		Langue maternelle	
	Confession (religion)	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre		
	Assurance maladie			
Données personnelles	Noms officiels		Prénoms officiels	
	Date de naissance		Lieu de naissance	
	Lieu d'origine		Langue maternelle	
	Confession (religion)	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre		
	Assurance maladie			
Données personnelles	Noms officiels		Prénoms officiels	
	Date de naissance		Lieu de naissance	
	Lieu d'origine		Langue maternelle	
	Confession (religion)	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre		
	Assurance maladie			

Les soussignés certifient l'exactitude des renseignements ci-dessus. Ils reconnaissent avoir été rendus attentifs à l'obligation qu'il y a de s'assurer à la caisse maladie et contre l'incendie.

Les renseignements ci-dessus ont été récoltés conformément à l'article 1 de la loi sur le contrôle des habitants.

Art 1 Le contrôle des habitants a pour but de fournir aux autorités et aux administrations publiques les renseignements de base dont elles ont besoin, y compris à des fins statistiques, au sujet des personnes établies ou en séjour dans une commune du canton.

Date et signatures : _____