



## IDENTITE

Nom		Prénom(s)	
Nom de jeune fille		Date de naissance	
Originaire de		Lieu de naissance	Pays :
Nom et prénom du père		Nom de jeune fille et prénom de la mère	
No. AVS		Caisse-maladie suisse	
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) depuis le _____ <input type="checkbox"/> séparé(e) depuis le _____ <input type="checkbox"/> divorcé(e) depuis le _____ <input type="checkbox"/> veuf(ve) depuis le _____	Religion	<input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> protestant <input type="checkbox"/> autres
No. téléphone		Adresse mail	
Langue maternelle		No. passeport carte d'identité	
Pour les étrangers Permis de séjour	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande de permis

## DOMICILE

Date d'arrivée		Papiers déposés le	
<b>Adresse de provenance :</b>		<b>Adresse à Veysonnaz :</b>	
Rue : _____ No _____		Rue : _____ No _____	
Numéro postal : _____		Nom de l'immeuble : _____	
Localité : _____		No. de l'appartement : _____	
Pays : _____		Situation sur l'étage : _____	
		Nbre de pièces de votre logement : _____	
		<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire	Nom, prénom et adresse du propriétaire : _____ _____

## Si domiciliés à Veysonnaz ENFANTS (MINEURS)

Nom et prénom(s)		Date de naissance	
Nom et prénom(s)		Date de naissance	
Nom et prénom(s)		Date de naissance	

## SITUATION PROFESSIONNELLE

<input type="checkbox"/> Sans emploi		<input type="checkbox"/> Rentier AI/AVS		<input type="checkbox"/> Etudiant	
<input type="checkbox"/> Salarié(e)			<input type="checkbox"/> Indépendant		
Employeur		Raison sociale			
Lieu de travail					
Personne contact					
No. téléphone					
Date prise d'emploi		Lieu du siège			

## AUTRES PERSONNES VIVANT DANS LE MEME MENAGE

Nom et prénom(s)		Date de naissance	
Nom et prénom(s)		Date de naissance	

## DIVERS

Détenteur de chiens	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Carnet(s) vaccination remis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Nombre		Cie Assurance Responsabilité civile	
Détenteur de véhicule	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Marque du véhicule	
		No. de plaques	
		Place de parc privée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la réalité. Je prends note qu'en cas de fausses déclarations des sanctions seront prises par l'Autorité compétente.

Aucune suite ne sera donnée au dossier tant que ce formulaire ne sera pas entièrement complété et signé.

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

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