



Tél. 026 655 92 92
Contrôle.habitants@vuisternens-devant-romont.ch

Administration communale
Route de Bulle 27
1687 Vuisternens-dt-Romont

Annonce d'arrivée (Suisse et étranger)

Remplir un formulaire par personne, y compris pour les enfants

Date d'arrivée : Depuis* : Date :

* Uniquement pour les étrangers

Données de la personne	
Titre : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Nom à la naissance : <input type="text"/>
Né le : <input type="text"/>	Lieu de naissance : <input type="text"/>
Numéro AVS : <input type="text"/>	Nationalité : <input type="text"/>
Origine (lieu) : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Confession : <input type="text"/>	Statut : <input type="text"/>
Etat civil : <input type="text"/>	
Date de l'événement : <input type="text"/>	Lieu de l'événement : <input type="text"/>
Langue de correspondance : <input type="text"/>	Type permis de séjour : <input type="text"/>
Caisse maladie : <input type="text"/>	Assurance mobilier : <input type="text"/>
Nom du père : <input type="text"/>	Prénom du père : <input type="text"/>
Nom de naissance de la mère : <input type="text"/>	Prénom de la mère : <input type="text"/>

Nouvelle adresse	
Rue : <input type="text"/>	Numéro : <input type="text"/>
NP : <input type="text"/>	Localité : <input type="text"/>
Ancien locataire : <input type="text"/>	Etage : <input type="text"/> Nbre de pièces : <input type="text"/>
Type logement : <input type="text"/>	Déjà séjourné dans la Commune : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>

Ancienne adresse	
Rue et numéro : <input type="text"/>	Avez-vous annoncé votre départ : <input type="text"/>
NP : <input type="text"/>	Localité : <input type="text"/>

Employeur	
Type d'emploi : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>
Nom de l'employeur : <input type="text"/>	Rue et numéro : <input type="text"/>
NP : <input type="text"/>	Localité : <input type="text"/>

Remarque :	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

Le/la soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Il/elle reconnaît avoir été rendu(e) attentif/ve à l'obligation de s'assurer (assurance maladie et mobilier contre l'incendie).

Signature :

Formulaire disponible uniquement pour l'impression