

## **FORMULAIRE D'ARRIVEE - INSCRIPTION**

Nom(s) _____	Nom célibataire _____	
Prénom(s) _____	Prénom usuel _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
No de téléphone/natel _____	E-mail _____	
Nom/Prénom(s) du père _____		
Nom/Prénom(s) de la mère _____	Nom célibataire _____	

<b>Date d'arrivée sur la commune</b> _____
<b>Adresse complète :</b> Immeuble _____ N° d'appartement _____
Rue, n° _____
N° postal, lieu _____
Nbre de pièces _____ Etage _____ Nbre de personnes en ménage _____
Propriétaire du logement _____
Ancienne adresse _____ Ancienne commune _____

<b>Etat civil</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/ve, dès le _____ <input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Mariage : date+lieu _____ <i>pour les personnes avec enfants : copie du livret de famille</i>
<input type="checkbox"/> Séparation : date+lieu _____ <input type="checkbox"/> de fait <input type="checkbox"/> juridique <i>copie du jugement/décision de séparation + pour les personnes avec enfants : document officiel de garde de(s) enfants(s)</i>
<input type="checkbox"/> Divorce : date+lieu _____ <i>pour les personnes avec enfants : document officiel de garde de(s) enfants(s)</i>

<b>Suisse</b> <i>(joindre l'acte d'origine original)</i> Acte d'origine déposé le _____	<b>Etranger</b> <i>(joindre le livret pour étrangers original et une pièce d'identité valable)</i> Nationalité _____ Permis C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autres : _____
--	---

<b>Confession</b> <input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
<i>Autorisez-vous la commune à communiquer à la paroisse, selon l'art. 15, al. 3 LREE, votre arrivée</i> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

<b>Caisse maladie</b> _____ <i>copie du certificat d'assurance</i>	No AVS _____
--	--------------

<b>Propriétaire de chien</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nombre : _____
---

<b>Profession</b> _____ <b>Lieu de l'emploi</b> _____
<b>Employeur</b> _____
<b>Adresse de l'employeur</b> _____

<b>Crans-Montana, le</b> _____	<b>Signature :</b> _____
--------------------------------	--------------------------

(Conjoint(e) et enfants : voir au verso)

Conjoint(e)

Nom(s) _____	Nom célibataire _____		
Prénom(s) _____	Prénom usuel _____		
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____	
Nom/Prénom(s) du père _____			
Nom/Prénom(s) de la mère _____		Nom célibataire _____	
<b>Date d'arrivée sur la commune</b> _____		Etat civil _____	
Ancienne adresse _____		Ancienne commune _____	
No de téléphone/natel _____		E-mail _____	
Confession	Catholique <input type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
<i>Autorisez-vous la commune à communiquer à la paroisse, selon l'art. 15, al. 3 LREE, votre arrivée</i> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

<b>Suisse</b> (joindre l'acte d'origine original) Acte d'origine déposé le _____	<b>Etranger</b> (joindre le livret pour étrangers original et une pièce d'identité valable) Nationalité _____ Permis    C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> autre : _____
---	--

Caisse maladie _____ <i>copie du certificat d'assurance</i>	No AVS _____
--	--------------

Profession _____	Lieu de l'emploi _____
Employeur _____	
Adresse de l'employeur _____	

Crans-Montana, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Enfant(s) mineur(s) (joindre une copie du livret de famille ou acte de naissance)

Nom(s) _____	Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
Origine(s) _____	Confession _____	
Caisse maladie (pièce officielle) _____		

Nom(s) _____	Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
Origine(s) _____	Confession _____	
Caisse maladie (pièce officielle) _____		

Nom(s) _____	Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
Origine(s) _____	Confession _____	
Caisse maladie (pièce officielle) _____		

Nom(s) _____	Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____	Sexe _____
Origine(s) _____	Confession _____	
Caisse maladie (pièce officielle) _____		

**Date et signature des deux parents:** \_\_\_\_\_