

FICHE D'ARRIVÉE INTERNE

**N'HESITEZ PAS A TELECHARGER NOTRE APPLICATION MOBILE
« LEYTRON-OVRONNAZ »**

| | |
|--|---|
| N O M : | P R É N O M : |
| DATE DE NAISSANCE : | LIEU DE NAISSANCE : |
| ORIGINAIRE DE : | Si originaire de Leytron : <input type="checkbox"/> Bourgeois |
| ETAT CIVIL : SI SEPARÉ, JOINDRE CONVENTION DE SEPARATION | LIEU & DATE ETAT CIVIL : |
| NOM DE FAMILLE DU PÈRE : | PRENOM DU PERE : |
| NOM JEUNE FILLE MÈRE : | PRÉNOM DE LA MÈRE : |
| NOM DU CONJOINT : OU PERSONNE DE CONTACT + N° de tél : | E-MAIL : |
| N° DE PORTABLE : | NOM DE LA BANQUE OU CCP : IBAN : |
| ACTIVITE PROF. ACTUELLE : <i>Si chômage, nom de la caisse :</i> <i>Si AVS (questionnaire annexé)</i> | PROFESSION DE L'ÉPOUX (SE) : |
| NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR : | EMPLOYEUR DE L'ÉPOUX (SE) : |
| NOM CAISSE-MALADIE : (joindre une attestation d'affiliation) | REVENU NET ANNUEL APPROX. : |
| N° A.V.S. : | RELIGION : <i>Autorisez-vous la commune à communiquer votre arrivée ou votre départ à votre paroisse ? :</i> |
| CURATELLE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI CURATELLE, NOM & ADRESSE DU CURATEUR : | |
| ARRIVÉ (E) LE : | ARRIVE DE (adresse précédente) : |
| DATE DÉPÔT ACTE D'ORIGINE : OU DU PERMIS DE SEJOUR : | TYPE DE PERMIS : C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> |
| PROPRIÉTAIRE : <input type="checkbox"/> | LOCATAIRE : <input type="checkbox"/> CO-LOCATAIRE : <input type="checkbox"/> SI LOCATAIRE, JOINDRE CONTRAT DE BAIL |
| NBRE PERSONNE DANS LE MEME MENAGE : | NOM DU PROPRIÉTAIRE ACTUEL : |
| RUE : BATTERIE ou CASE POSTALE : IMMEUBLE ou NOM CHALET : | |
| ETAGE et N° APPARTEMENT : PARCELLE ou PPE : | NBRE DE PIÈCES : |
| MILITAIRE : <input type="checkbox"/> PROTECTION CIVILE : <input type="checkbox"/> POMPIER : <input type="checkbox"/> | |
| CHIEN : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : RACE _____ | |

* * * *

ENFANT (S) DOMICILIES

| | | | |
|--------------------------|----|----|----|
| PRÉNOM (S) | 1. | 2. | 3. |
| DATE DE NAISSANCE | 1. | 2. | 3. |
| LIEU DE NAISSANCE | 1. | 2. | 3. |
| NOM CAISSE-MALADIE | 1. | 2. | 3. |
| ECOLAS FRÉQUENTÉES, LIEU | 1. | 2. | 3. |

LEYTRON, LE

SIGNATURE :

QUESTIONNAIRE POUR L'AGENCE AVS

NOM & PRENOM : _____

INDEPENDANT OU RETRAITE AVANT L'AGE AVS

1. GENRE / SECTEUR D'ACTIVITE :
2. NOM DE LA CAISSE DE COMPENSATION :

RENTIER AVS OU AI

1. NOM DE LA CAISSE DE COMPENSATION :

SI RENTIER AVS OU AI - PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

1. OUI
2. NON

COUPLE SEPARÉ JURIDIQUEMENT / DIVORCE

1. NOM DU CONJOINT :
2. DOMICILE DU CONJOINT :
3. COORDONNÉES DU CONJOINT :