



Déclaration d'arrivée

Adresse complète du précédent domicile : _____

Date d'arrivée à Chamoson : _____

Adresse à Chamoson : _____

Chamoson St-Pierre-de-Clages Les Vérines Neimiaz Grugnay

Mayens de Chamoson ➔ batterie : _____

➔ Si immeuble : étage : _____ Palier : _____ Nb de pièces : _____

Construction récente (-1 an) : non oui ➔ la fin des travaux doit avoir été annoncée.

Nom de l'ancien locataire : _____

Nombre de personnes dans le ménage : _____

➔ Si plus de 1 personne : nom/prénom : _____

nom/prénom : _____

Résidence : principale secondaire ➔ questionnaire à annexer

Etes-vous : propriétaire locataire ➔ contrat de bail à annexer

➔ Nom du propriétaire : _____

Interlocuteur du ménage

Nom : _____

Nom jeune fille : _____

Prénom : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom jeune fille et prénom de la mère : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Lieu d'origine : _____

No AVS : _____

Etat civil : célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf/veuve

Lieu et date de l'état-civil : _____

No portable* : _____

No téléphone* : _____ Adresse email* : _____

Nom de la caisse maladie : _____ ➔ attestation d'affiliation à annexer

Religion : _____ **facultatif*

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse : _____

Conjoint

Nom : _____

Nom jeune fille : _____

Prénom : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom jeune fille et prénom de la mère : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Lieu d'origine : _____

No AVS : _____

Etat civil : célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf/veuve

Lieu et date de l'état-civil : _____

No portable* : _____

No téléphone* : _____ Adresse email* : _____

Nom de la caisse maladie : _____ ➔ attestation d'affiliation à annexer

Religion : _____ **facultatif*

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse : _____

Enfant mineur 1: ➔ Livret de famille ou acte de naissance à annexer

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom de la caisse maladie : _____ ➔ attestation d'affiliation à annexer

Religion : _____

Enfant mineur 2:

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom de la caisse maladie : _____ ➔ attestation d'affiliation à annexer

Religion : _____

Avez-vous un chien ? non oui ➔ copie carnet vaccination et assurance RC à annexer

Date : _____

Signature : _____