

## Formulaire d'arrivée

	Monsieur	Madame
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nouvelle adresse (Rue, N°)		
Arrivée, le		
Etage		
Nombre de pièces du logement		
Statut	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> colocataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> copropriétaire	
Départ annoncé à l'ancienne commune	<input type="checkbox"/> Oui      Date de départ : ..... <input type="checkbox"/> Non	
Ancienne adresse		
Ancienne commune		
Arrivée dans le canton de Fribourg (Etranger seulement)		
Ménage commun avec		
<b>Etat civil</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Veuf/ve <input type="checkbox"/> Partenariat enregistré <input type="checkbox"/> Divorcé/e <input type="checkbox"/> Séparé/e   Dès le : .....	
Lieu d'origine (suisse seulement)		
Nationalité / Type de permis (Etranger seulement)		
Langue maternelle		
Confession		
Sapeur-pompier : adhésion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Caisse-maladie / copie carte		
Assurance ménage / copie police		
Etes-vous sous : <input type="checkbox"/> Curatelle ? <input type="checkbox"/> Conseil légal ? <input type="checkbox"/> Non	Si oui : Nom Prénom ..... Adresse ..... NP, Lieu .....	Si oui : Nom Prénom ..... Adresse ..... NP, Lieu .....

## Formulaire d'arrivée

Profession		
Employeur / Ecole + Lieu		

Enfants (vivant à Massonnens) Noms et prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance	Assurance maladie	Confession

### Divers

	Monsieur	Madame
Propriétaire d'un chien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : Nom ..... N° Puce : .....	Si oui : Nom ..... N° Puce : .....
Téléphone mobile		
Téléphone privé		
Téléphone professionnel		
E-mail		

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).	Date : .....  Signature : .....	Date : .....  Signature : .....
--	---------------------------------------	---------------------------------------

### Laisser en blanc

	<input type="checkbox"/> Pièce d'identité valable	
<input type="checkbox"/> Acte(s) d'origine déposé(s)	<input type="checkbox"/> Autorisation de séjour	<input type="checkbox"/> Livret de famille (copie)
<input type="checkbox"/> Assurance maladie copie carte	<input type="checkbox"/> Assurance mobilier copie	<input type="checkbox"/> Bail à loyer (copie)
<input type="checkbox"/> Mémo déchets remis	<input type="checkbox"/> Certificat d'établissement payé	<input type="checkbox"/>