



ARRIVEE A ESSERTES - DONNEES POUR LE SERVICE DE LA POPULATION

Chef de famille :

Nom : Prénom(s) (tous) :

Date de naissance : Lieu de naissance

Pays de naissance: Nationalité :

Commune d'origine : Canton d'origine :

Confession : Etat civil :

Date état civil : Lieu état civil

No NAVS : Si indépendant nom ou N° caisse :

Assurance maladie : Profession :

Employeur : Adresse :

Fils ou fille de : Père : Nom Prénom(s) :

Mère : Nom de jeune fille Prénom(s) :

Conjoint :

Nom : Prénom(s) (tous) :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance

Pays de naissance: Nationalité :

Commune d'origine : Canton d'origine :

Confession : Etat civil :

Date état civil : Lieu état civil

No AVS : Si indépendant nom ou N° caisse :

Assurance maladie : Profession :

Employeur : Adresse :

Fille de : Père : Nom Prénom(s) :

Mère : Nom de jeune fille Prénom(s) :

Arrivé(e) à Essertes le :

Venant de (adresse complète) :

Adresse à Essertes : Tél. : Portable :

Papiers déposés ou produits :

- Acte d'origine
- Attestation de domicile
- Certificat de famille
- Carte d'identité

Uniquement si étrangers :

No réf. cant. : VD..... Type de permis : Echéance :

Arrivée en Suisse le : Arrivée dans le Canton de Vaud le :

Divers :

Chien(s) : NON Oui (nombre) :(remplir formulaire ad hoc)

Astreint au service militaire : NON Oui

Souhaitez-vous faire partie du Service du feu : NON Oui

Enfants (uniquement si domiciliés à Essertes) :

Nom :

Prénom(s) (tous) :

Date de naissance :

Lieu de naissance

Pays de naissance:

Nationalité :

Commune d'origine :

Canton d'origine :

Confession :

No NAVS :

Assurance maladie :

Profession :

Employeur :

Adresse :

Nom :

Prénom(s) (tous) :

Date de naissance :

Lieu de naissance

Pays de naissance:

Nationalité :

Commune d'origine :

Canton d'origine :

Confession :

No NAVS :

Assurance maladie :

Profession :

Employeur :

Adresse :

Nom :

Prénom(s) (tous) :

Date de naissance :

Lieu de naissance

Pays de naissance:

Nationalité :

Commune d'origine :

Canton d'origine :

Confession :

No NAVS :

Assurance maladie :

Profession :

Employeur :

Adresse :

Remarques :

.....
.....
.....

Date :

Signature :