



Commune d'Avry

Administration communale  
Route des Fontanettes 57  
1754 Avry-sur-Matran  
026/470.40.00  
commune@avry.ch

## Formulaire d'arrivée

Type de domicile

Principal  Séjour

Documents à apporter	Reçu le
Acte d'origine	
Permis de séjour	
Assurance-maladie	
Assurance-ménage	
Bail à loyer	

Certificat d'établissement payé  oui  non. Si oui, date du paiement .....

### Données personnelles

Nom officiel		Nom de célibataire	
Prénom officiel		Prénom usuel	
Sexe	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin		
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)		
Date de l'état civil		Lieu de l'état civil	
Origine(s)			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Nationalité			
Permis de séjour	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S		
Date d'entrée en Suisse		Date d'arrivée dans le canton FR	
Religion	<input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> protestant <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> sans		
Langue maternelle			
Nom et prénom du père		Nom de jeune fille et prénom de la mère	

### Domicile

Ancienne adresse			
Nouvelle adresse à Avry			
Date d'arrivée		Annoncé le	
Ménage commun avec			
Numéro et étage		Nombre de pièces	
Nom de la régie ou du propriétaire			

Divers			
Assurance-maladie		Assurance-ménage	
Numéro de tél.		Adresse e-mail	
Propriétaire de chien	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Propriétaire de maison ou appartement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Détenteur de véhicule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Etes-vous sous curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre profession			
Employeur			
Localité			

Enfants			
Nom		Prénom	
Sexe		Langue maternelle	
Religion		Origine(s)	
Nationalité		Assurance-maladie	
Date et lieu de naissance			

Enfants			
Nom		Prénom	
Sexe		Langue maternelle	
Religion		Origine(s)	
Nationalité		Assurance-maladie	
Date et lieu de naissance			

Date et signature : .....