



COMMUNE DE BROC - CONTRÔLE DES HABITANTS

Questionnaire général

Nom :	Religion :
Nom de jeune fille :	N° téléphone :
Prénom(s) :	E-mail :
Sexe :	Profession :
Date de nais. et lieu :	Employeur/lieu:
Père (nom / prénom) :	Ass.- ménage :
Mère (nom de jeune fille + prénom) :	Ass.-maladie :
Nationalité :	Domicilié en co-location : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non :
Lieu d'origine :	Nom du co-locataire :
Etat civil/date :	Détenteur d'un véhicule : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Commune de provenance :	Tutelle - curatelle - conseil légal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date d'arrivée dans la commune :	Nom tuteur ou curateur :
Adresse à Broc :	A remplir par le Contrôle des Habitants en ce qui concerne la taxe pompiers
Etage et nombre de pièce(s) :	
Détenteur de chien(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Si oui le CtrlHab en avisera la Caisse communale)</i>	
Nom de l'animal :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Race :	
CONJOINT	
Nom :	Religion :
Nom de jeune fille :	Email :
Prénom(s) :	N° téléphone :
Sexe :	Profession :
Date de nais. et lieu :	Employeur/lieu:
Père (nom / prénom) :	Ass.- ménage :
Mère (nom de jeune fille + prénom) :	Ass.-maladie :
Nationalité :	Détenteur d'un véhicule : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lieu d'origine :	Tutelle - curatelle - conseil légal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etat civil/date :	Nom tuteur ou curateur :
Commune de provenance :	Date d'arrivée dans la commune :

ENFANT(S)	
✧ 1	
Nom :	Religion :
Prénom(s) :	Ass.-maladie :
Date et lieu de nais. :	Sexe :
Formation : <input type="checkbox"/> étudiant-e <input type="checkbox"/> apprenti-e <input type="checkbox"/> autre :	

ENFANT(S)	
✧ 2	
Nom :	Religion :
Prénom(s) :	Ass.-maladie :
Date et lieu de nais. :	Sexe :
Formation : <input type="checkbox"/> étudiant-e <input type="checkbox"/> apprenti-e <input type="checkbox"/> autre :	

ENFANT(S)	
✧ 3	
Nom :	Religion :
Prénom(s) :	Ass.-maladie :
Date et lieu de nais. :	Sexe :
Formation : <input type="checkbox"/> étudiant-e <input type="checkbox"/> apprenti-e <input type="checkbox"/> autre :	

ENFANT(S)	
✧ 4	
Nom :	Religion :
Prénom(s) :	Ass.-maladie :
Date et lieu de nais. :	Sexe :
Formation : <input type="checkbox"/> étudiant-e <input type="checkbox"/> apprenti-e <input type="checkbox"/> autre :	

Remarques : _____

