



Formulaire d'inscription pour les nouveaux résidents

Données personnelles

Nom, Prénom	
Numéro AVS	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Lieu d'origine	
État civil	
Confession	
Langue de communication	
Profession/connaissances	
Curatelle	
Placement à des fins d'assistance	
Membres de la famille	
Nom	
Adresse	
E-Mail	
Téléphone	
Bénéficiaire d'une rente AI	
<small>Caisse maladie Assurance de base / Assurance complémentaire</small>	/
Couverture accident	
Qui paie la cotisation AVS	
Numéro de la carte d'assurance maladie	

Situation de vie

Séjour actuel	
Domicile légal civil	
Représentant légal	Nom
	Adresse
	E-Mail
	Téléphone
Instance de placement	Nom
	Adresse
	E-Mail
	Téléphone
Adresse de facturation	Nom
	Adresse
	E-Mail
	Téléphone

Remarques
