

# INSCRIPTION DANS LA COMMUNE

Merci de bien vouloir compléter tous les renseignements

Propriétaire

Locataire

Adresse complète	
Depuis le	
Si locataire, nom et adresse du propriétaire	
Nom de l'ancien occupant du logement	

NOM <i>(pour les dames, nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)</i>		
Tous les prénoms		
Date de naissance		Lieu de naissance :
Profession		
Ancienne adresse		
Renseignements concernant les parents	Nom, prénom, date et lieu de naissance du <u>PÈRE</u>	Nom, prénom, date et lieu de naissance de la <u>MÈRE</u>

NOM <i>(pour les dames, nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)</i>		
Tous les prénoms		
Date de naissance		Lieu de naissance :
Profession		
Ancienne adresse		
Renseignements concernant les parents	Nom, prénom, date et lieu de naissance du <u>PÈRE</u>	Nom, prénom, date et lieu de naissance de la <u>MÈRE</u>

Mariage Civil

PACS

Date	
Lieu	

# INSCRIPTION DANS LA COMMUNE

*Merci de bien vouloir compléter tous les renseignements*

1er Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

2ème Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

3ème Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4ème Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

5ème Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

6ème Enfant

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Domicilié avec les parents                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Autre personne  
à charge

NOM	
Tous les prénoms	
Date de naissance	
Lieu de naissance	