



Questionnaire général

Nom :	Avez-vous été baptisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom de jeune fille :	Religion :
Prénom(s) :	N° téléphone
Sexe :	E-mail
Date de nais. et lieu :	Profession :
Père (nom / prénom) :	Employeur/lieu :
Mère (nom de jeune fille + prénom) :	Ass.-ménage :
Nationalité :	Ass-maladie :
Lieu d'origine :	Etes-vous : propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/>
Etat civil/date et lieu:	Domicilié en co-location : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse à Broc :	Nom du co-locataire :
Etage et nombre de pièce(s) :	Détenteur d'un véhicule : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Détenteur de chien(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Si oui le CtrlHab en avisera la Caisse communale)	Commune de provenance :
Nom de l'animal :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Race :	
CONJOINT	
Nom :	Religion :
Nom de jeune fille :	Avez-vous été baptisé ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prénom(s) :	Email :
Sexe :	N° téléphone :
Date de nais. et lieu :	Profession :
Père (nom / prénom) :	Employeur/lieu:
Mère (nom de jeune fille + prénom) :	Ass.- ménage :
Nationalité :	Ass.-maladie :
Commune de provenance :	Détenteur d'un véhicule : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/>	

ENFANT(S) 1	
Nom :	
Prénom :	Religion :
Avez-vous été baptisé : <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>	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 :	
Prénom :	Religion :
Avez-vous été baptisé ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	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 :	
Prénom	Religion
Avez-vous été baptisé ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	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 :	
Prénom :	Religion :
Avez-vous été baptisé ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ass.-maladie :
Date et lieu de nais. :	Sexe :
Formation : <input type="checkbox"/> étudiant-e <input type="checkbox"/> apprenti-e <input type="checkbox"/> autre :	