

Date d'annonce au guichet de l'administration : \_\_\_\_\_

**Responsable du ménage**

Nom(s) \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Commune ou pays d'origine \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Etat civil  célibataire  marié/e  séparé/e  divorcé/e  veuf/ve

Date et lieu de l'événement \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère \_\_\_\_\_

Séjours précédents dans la commune / date(s) \_\_\_\_\_

Arrivée à Saules, le \_\_\_\_\_ *Venant de* \_\_\_\_\_

Rue et n° \_\_\_\_\_ *Ancienne adresse* \_\_\_\_\_

Tél. fixe & portable \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Confession  réformé/protestant  catholique romain  catholique chrétien  autre ou sans  communautés israélites

Profession \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous tutelle / curatelle  oui  non

Nom et adresse du tuteur / curateur \_\_\_\_\_

Caisse maladie \_\_\_\_\_ Langue \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_ Propriétaire de chien  oui  non Quantité \_\_\_\_\_

Êtes-vous actuellement incorporé(e) dans un corps de sapeurs-pompiers ?  oui  non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

Pour les personnes déjà incorporées dans un autre corps de sapeurs-pompiers, l'exonération du paiement de la taxe n'est possible qu'en cas d'incorporation du service des sapeurs-pompiers La Birse.

Résidence dans la commune  principale  secondaire

## Conjoint / concubin

Nom(s) \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Commune ou pays d'origine \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Etat civil  célibataire  marié/e  séparé/e  divorcé/e  veuf/ve

Date et lieu de l'événement \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère \_\_\_\_\_

Séjours précédents dans la commune / date(s) \_\_\_\_\_

Arrivée à Saules, le \_\_\_\_\_ *Venant de* \_\_\_\_\_

Rue et n° \_\_\_\_\_ *Ancienne adresse* \_\_\_\_\_

Tél. fixe & portable \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Confession  réformé/protestant  catholique romain  catholique chrétien  autre ou sans  communautés israélites

Profession \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous tutelle / curatelle  oui  non

Nom et adresse du tuteur / curateur \_\_\_\_\_

Caisse maladie \_\_\_\_\_ Langue \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_ Propriétaire de chien  oui  non Quantité \_\_\_\_\_

Êtes-vous actuellement incorporé(e) dans un corps de sapeurs-pompiers ?  oui  non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

Pour les personnes déjà incorporées dans un autre corps de sapeurs-pompiers, l'exonération du paiement de la taxe n'est possible qu'en cas d'incorporation du service des sapeurs-pompiers La Birse.

Résidence dans la commune  principale  secondaire

## Enfants mineurs

Nom(s)	_____	Prénom(s)	_____		
Date de naissance	_____	Lieu de naissance	_____		
Commune ou pays d'origine	_____	Sexe	_____		
Nom et prénom du père ( <i>si pas responsable du ménage</i> ) _____					
Nom et prénom de la mère ( <i>si pas conjoint</i> ) _____					
Confession	<input type="checkbox"/> réformé/protestant	<input type="checkbox"/> catholique romain	<input type="checkbox"/> catholique chrétien	<input type="checkbox"/> autre ou sans	<input type="checkbox"/> communautés israélites
Caisse maladie	_____				
N° AVS	_____				

Nom(s)	_____	Prénom(s)	_____		
Date de naissance	_____	Lieu de naissance	_____		
Commune ou pays d'origine	_____	Sexe	_____		
Nom et prénom du père ( <i>si pas responsable du ménage</i> ) _____					
Nom et prénom de la mère ( <i>si pas conjoint</i> ) _____					
Confession	<input type="checkbox"/> réformé/protestant	<input type="checkbox"/> catholique romain	<input type="checkbox"/> catholique chrétien	<input type="checkbox"/> autre ou sans	<input type="checkbox"/> communautés israélites
Caisse maladie	_____				
N° AVS	_____				

Nom(s)	_____	Prénom(s)	_____		
Date de naissance	_____	Lieu de naissance	_____		
Commune ou pays d'origine	_____	Sexe	_____		
Nom et prénom du père ( <i>si pas responsable du ménage</i> ) _____					
Nom et prénom de la mère ( <i>si pas conjoint</i> ) _____					
Confession	<input type="checkbox"/> réformé/protestant	<input type="checkbox"/> catholique romain	<input type="checkbox"/> catholique chrétien	<input type="checkbox"/> autre ou sans	<input type="checkbox"/> communautés israélites
Caisse maladie	_____				
N° AVS	_____				