



Commune de Courgevaux

1796 Courgevaux • Tél. 026 670 29 01 • Fax 026 670 59 03 • E-Mail: administration@courgevaux.ch

ZUZUGS-FORMULAR

Schokolade abgegeben

Datum : _____

Niederlassungsbewilligung(en) bezahlt Anz. : _____

Art des Wohnsitzes :

Hauptwohnsitz

Wochenaufenthalt

Zweitwohnsitz

FAMILIENVORSTAND / Persönliche Angaben

Name			
Name vor der Hochzeit			
Vorname			
Heimatort / Land			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Nicht spezifiziert
Zivilstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet / eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden / aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> Wittwe(r) <input type="checkbox"/> freiwillig getrennt <input type="checkbox"/> juristisch getrennt Datum :		
Nationalität			
Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Name des Vaters			Vorname(n) des Vaters
Name der Mutter			Vorname(n) der Mutter
Lediger Name der Mutter			
Konfession (Religion)	<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> Reformiert	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> andere
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere
Beruf	Beruf. :		
Name + Adresse Arbeitgeber	Arbeitgeber. :		
	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> AHV-Rentner <input type="checkbox"/> IV-Rentner
	<input type="checkbox"/> Ohne Aktivität	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
Ab wann ?			
Sind sie unter Beistand ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teil <input type="checkbox"/> Komplet
Beistandschaft			
Name und Adresse des Beistandes			

PARTNER - PARTNERIN / Persönliche Angaben

Name			
Name vor der Hochzeit			
Vorname			
Heimatort / Land			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Nicht spezifiziert
Zivilstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet / eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden / aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> Wittwe(r) <input type="checkbox"/> freiwillig getrennt <input type="checkbox"/> juristisch getrennt Datum :		
Nationalität			
Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Name des Vaters		Vorname(n) des Vaters	
Name der Mutter		Vorname(n) der Mutter	
Lediger Name der Mutter			
Konfession (Religion)	<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> Reformiert	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> andere
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere
Beruf	Beruf. :		
Name + Adresse Arbeitgeber	Arbeitgeber. :		
	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> AHV-Rentner <input type="checkbox"/> IV-Rentner <input type="checkbox"/> Ohne Aktivität <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit		
Ab wann ?			
Sind sie unter Beistand ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teil <input type="checkbox"/> Komplet
Beistandschaft			
Name und Adresse des Beistandes			

WOHNORT / Unterkunft

Herkunft / Alte Adresse Strasse, Nr. : PLZ, Ort :			
Ankunftsdatum (Anfangs Monat) :			
Neue Adresse Strasse, Nr. : PLZ, Ort :	<input type="checkbox"/> Eigentümer	<input type="checkbox"/> Mieter	
	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft
Anzahl Zimmer		Etage	
Lokalisierung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> Rechts

KIND (ER) / Persönliche Angaben

Name			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Heimatort			
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Anders
Konfession (Religion)	<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> Reformiert	<input type="checkbox"/> Ohne <input type="checkbox"/> Anders
Assurance maladie			
Name			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Heimatort			
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Anders
Konfession (Religion)	<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> Reformiert	<input type="checkbox"/> Ohne <input type="checkbox"/> Anders
Assurance maladie			
Name			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Heimatort			
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Anders
Konfession (Religion)	<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> Reformiert	<input type="checkbox"/> Ohne <input type="checkbox"/> Anders
Assurance maladie			

DIVERS

Hausratsversicherung	
Krankenkasse	
Telefonnummer	1 : 2 :
E-Mail Adresse	1 : 2 :
Verrechnungsart	<input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> E-Bill
Mail für Verrechnung	
Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Deutsch
Halter eines Fahrzeuges	<input type="checkbox"/> Ja Plakennummer _____ <input type="checkbox"/> Nein
Halter eines Hundes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anzahl :
Abfallcontainer	<input type="checkbox"/> muss bestellt werden <input type="checkbox"/> wird vom Vorbesitzer übernommen Name Vorbesitzer :

Courgevaux, den Unterschrift :

Gebühren Anmeldung : CHF 20.--/volljährige Person

Gebühren Wegzug : CHF 0.--

Unvollständige Unterlagen werden nicht bearbeitet.