

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Ehefrau

AHV-Nummer			
Familienname			
Vornamen / Rufname			
Geburts - Datum			
Geburts - Ort			
Wohnadresse Zuoz			
Hausname Zuoz			
Wohnung	Eigentümer: _____ Whg- Nr. _____	Stockwerk: _____	Anzahl Zimmer _____
Zuzugs - Adresse			
Zuzugs - Ort (Land)			
Zuzugs-Datum			
Anmelde - Datum			
Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> andere Konfession	<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ohne Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> andere Konfession
			<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ohne Konfession
Heimatorte / Nationalität			
Name Ihres Vaters			
Name Ihrer Mutter (+ Mädchenname)			
Zivilstand			
<input type="checkbox"/> Trau-, <input type="checkbox"/> Scheidungs- oder <input type="checkbox"/> Verwitweten-Datum			
Trauungs-Ort			
Jetziger Beruf			
Jetziger Arbeitgeber			
Krankenkasse KK			
Muttersprache/n			
Abstimmungsmaterial	<input type="checkbox"/> Romanisch <input type="checkbox"/> Italienisch	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Romanisch <input type="checkbox"/> Italienisch
			<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch
Tel. / Handy			
e-mail			

Bitte wenden

Kinder

Vornamen	Geb.-Datum	Geburtsort	Konfession	KK
			<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> andere Konfession	<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ohne Konfession
			<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> andere Konfession	<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ohne Konfession
			<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> andere Konfession	<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ohne Konfession

(Wenn anderer Name, andere Mutter oder Vater als vorne aufgeführt, bitte angeben)

Besitzen Sie einen Hund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: _____	Chip: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht: _____
	Rasse: _____		

Zuoz, _____

Unterschrift _____

Von Gemeindeverwaltung auszufüllen

- Gebühr bezahlt
- Info Feuerwehr