Imprimer le formulaire

Commune

.....

Service dentaire scolaire

Demande d'aide

(A présenter à l'administration communale dans les trois mois après la facture du/de la dentiste)

1. Coordonnées personnelles du ou des parents qui assument l'entretien de l'enfant :

- Nom :
- Prénom :
- Adresse : NPA/localité
- Etat civil : ☐ marié ☐ partenariat enregisté ☐ célibataire ☐ divorcé
  ☐ union libre : nom du partenaire
  union depuis l'année
- Dernier revenu imposable définitif connu[2] ou RDU :
- Nombre d'enfants à charge (y compris majeurs en formation) :

2. Facture[3] : Année/cas /

Prénom de l'enfant	Date de naissance	Date de la facture	Nom du/de la dentiste	Montant	Participation CM ou autres assurances[4]

3. Coordonnées pour le versement de l'aide financière :

☐ Banque : Nom de l'institut bancaire:
N° IBAN: CH _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nom du titulaire:

☐ CCP : No du compte:
Nom du titulaire:

4. Documents, pièces à joindre à la présente demande :

- [1] Moyen de preuve du paiement de la facture au dentiste
- [2] Avis de taxation de l'avant-dernière année fiscale
- [3] Facture du/de la dentiste : original ou copie
- [4] Décompte de l'assurance maladie, accident, AI ou RC

Le(s) parent(s) concerné(s) atteste(nt) avoir donné tous les renseignements nécessaires, notamment en ce qui concerne une éventuelle couverture d'assurance et a(ont) pris connaissance que de fausses déclarations sont susceptibles de poursuites pénales.

Le _____ Signature(s) du/des parent/s: _____

Remarque: il n'est pas octroyé d'aide, lorsque celle-ci n'atteint pas fr. 30.- (art. 21 al. 3 du décret). Ainsi, une facture inférieure à fr. 60.- ne donne droit à aucune contribution.

Le _____ Visa et timbre de la commune _____