
Formulaire de demande de subside pour les soins dentaires d'un enfant domicilié à Cortailod

1. Personne détentrice de l'autorité parentale (ci-après « demandeur ») et éventuel conjoint ou personne vivant en communauté avec le demandeur :

Nom :	_____	Nom :	_____
Prénom :	_____	Prénom :	_____
Adresse :	_____	Adresse :	_____
Etat civil :	_____	Etat civil :	_____
Caisse-maladie :	_____	Caisse-maladie :	_____

2. Personne et/ou à charge, habitant demandeur :

Nom et Prénom	Date de naissance	Caisse-maladie

3. Informations complémentaires

Je demande que les prestations, auxquelles je pourrais avoir droit, me soient versées :
(mettre une croix dans la case qui convient)

- Sur mon compte de chèques postaux n° : _____
- Sur mon compte bancaire n° : _____
- Nom et adresse de la banque : _____
- N° de C.C.P. de la banque : _____
- En espèces à l'administration communale

4. Pièces justificatives

Afin de pouvoir bénéficier de l'éventuel subside, le demandeur doit remettre à l'administration communale :

La facture originale du dentiste et une attestation de la caisse-maladie précisant qu'il n'y a eu aucune participation de sa part, ou une copie de la facture du dentiste et du décompte de participation financière de la caisse-maladie.

La preuve de paiement de la facture du dentiste (copie de l'avis bancaire, du récépissé postal, ou quittance avec timbre officiel, date et signature du dentiste, précisant que la facture a bien été acquittée).

Le(s) soussigné(s) autorise(nt) l'administration communale à prendre connaissance de toutes les données fiscales le(s) concernant, auprès de l'administration cantonale des contributions.

Le(s) soussigné(s) certifie(nt) sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus, et atteste(nt) par sa (leurs) signature(s) ci-dessous, avoir pris connaissance de l'arrêté du Conseil général du 15 décembre 2005.

Signature du demandeur :

Signature du conjoint ou de la personne participant
Financièrement à la vie communautaire :

Cortailod, le _____