

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

## 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 enfant(s) à charge, habitant avec le 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 24 avril 2014.

Signature du demandeur :

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cortaillod, le \_\_\_\_\_