

## Demande de subvention de soins dentaires

### Enfant

Nom ..... Prénom .....

Adresse ..... Localité .....

Date de naissance .....

### Représentants légaux

#### Père

#### Mère

Nom ..... Nom .....

Prénom ..... Prénom .....

Adresse ..... Adresse .....

Localité ..... Localité .....

### Coordonnées de remboursement

Banque  Poste  IBAN .....

Caisse communale

Par sa (leur) signature, le (les) représentant(s) légal(aux) atteste(nt), d'une part que la facture annexée n'a fait l'objet d'aucune autre aide financière partielle ou totale (Compagnie d'assurance, autre institution publique ou privée, aide sociale).

Boudry, le .....

Signature des parents \_\_\_\_\_

*A remplir par le service financier communal*

Bon pour remboursement ..... CHF .....

Détail du calcul : .....

### Annexes

- Facture originale
- Décompte d'assurance si remboursement partiel
- Preuve de paiement