

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