



DEMANDE D'AIDE FINANCIERE AUX FRAIS DE TRAITEMENTS DENTAIRES SCOLAIRES

Nom et prénom de l'enfant :

Classe (scolarité obligatoire) :

Médecin-dentiste :

Représentant-s légal-aux :

Adresse :

-
- Notre enfant bénéficie d'une couverture d'assurance pour les frais de contrôle et les traitements conservateurs

Nom de l'assurance :
(joindre le décompte de participation de l'assurance relatif au traitement dentaire)

- Nous confirmons que notre enfant ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance pour les frais de contrôle et les traitements conservateurs.

.....

En cas de traitements auprès du Service dentaire scolaire, l'aide financière sera déduite du montant facturé par la Commune de Treyvaux.

En cas de traitements auprès d'un-e médecin-dentiste privé-e, l'aide financière sera remboursée sur présentation de la facture originale sur le compte suivant :

Poste / Banque :

Adresse :

IBAN no :

Nom du titulaire du compte :

Nous certifions avoir pris connaissance du règlement relatif à la participation communale aux frais de traitements dentaires scolaires ainsi que du barème de réduction.

Le montant déterminant pour les calculs sera pris sur le revenu imposable de la taxation fiscale.

Le règlement entrera en vigueur dès son approbation par la Direction de la santé et des affaires sociales. Seuls les traitements et contrôles intervenus dès cette date seront pris en considération pour cette aide financière.

Toutes les indications ci-dessus sont certifiées complètes et conformes à la vérité.

Lieu et date

Signature-s du-es représentant-s légal-aux

.....