



## **Demande pour une participation aux coûts des contrôles et soins dentaires scolaires**

Facture du/de la médecin dentiste (nom) : .....

Date de la facture : ..... Montant facturé : CHF.....

### **1. Données de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom :.....

Date de naissance : .....

Rue, n° : ..... Numéro postal et lieu : .....

### **2. Données du/des parent(s) :**

*Uniquement les données du/des parent(s) ou responsables légaux chez qui l'enfant habite officiellement doivent être indiquées.*

#### Père :

Nom : ..... Prénom :.....

Date de naissance : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

#### Mère :

Nom : ..... Prénom :.....

Date de naissance : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

### **3. Coordonnées bancaires (ou joindre un code QR)**

IBAN : .....

Titulaire du compte : .....

**Date :**

**Signature(s) :**

---

#### A joindre :

- Facture concernée
- Décompte des prestations de l'assurance-maladie, qui montre que les coûts ne seront pas pris en charge (ou seulement en partie)
- Confirmation, qui montre que la facture a déjà été payée
- Avis de taxation fiscale définitif des parents (en cas d'impôt à la source : certificat(s) de salaire de l'année précédente)