Commune	

## Service dentaire scolaire

## Demande d'aide

. Coordonnées p	ersonnelles	du ou des pa	rents qui assum	ent l'entret	ien de l'e	nfant :		
Nom :		Prénom :						
Tél:		Courriel :						
Adresse :		NPA/localité						
Etat civil :	☐ marié ☐ partenariat enregisté ☐ célibataire ☐ divorcé							
	union	libre : nom	du partenaire					
		union	depuis l'année					
Dernier re	venu imposa	ble définitif c	onnu² ou RDU :					
Nombre d'	enfants à ch	arge (y comp	oris majeurs en f	formation) :				
. Facture <sup>3</sup> :			Année/cas /					
Prénom de l'enfant	Date de naissance	Date de la facture	Nom du/de la dentiste	Montant		ation CM ou assurances <sup>4</sup>		
, om and			dominate		4400	<u> </u>		
. Coordonnées p	Nom de	l'institut band						
	N° IBAN	<b>—</b> —						
□ CCP :	Nom du	titulaire:						
☐ CCP .		titulaire:						
		titulali e.						
. Documents, pi	èces à joindi	e à la présen	ite demande :					
<ul> <li><sup>2</sup> Avis de ta</li> <li><sup>3</sup> Facture d</li> </ul>	axation de l'a u/de la dent	avant-dernièr iste : original	la facture au der e année fiscale l ou copie accident, AI ou					
otamment en o onnaissance que	ce qui conc e de fausses	erne une év déclarations s	voir donné tous ventuelle couve sont susceptible	rture d'ass s de poursu	urance e uites péna	et a(ont) pr ales.		
e	_ Signatur	e(s) du/des p	oarent/s:					
•	,		sque celle-ci n'a: 60 ne donne di	•	•			

Le \_\_\_\_\_ Visa et timbre de la commune \_\_\_\_\_