



Date de réception
(à remplir par l'administration)

Demande de participation communale aux frais de traitements dentaires scolaires

Prière de compléter un formulaire par enfant

Délai de remise: dans les 3 mois qui suivent l'établissement de la facture du dentiste

Enfant concerné :

Nom

Prénom

Date de naissance

Degré de scolarité

1H 2H 3H 4H 5H 6H 7H 8H 9H 10H 11H

Adresse

(rue, no postal, localité)

INFORMATIONS RELATIVES AU MENAGE

Représentant(e) légal(e)

Nombre d'enfants à charge (< 25 ans) :

Nom

Prénom

Etat civil

Marié/e

Célibataire

veuf/ve

séparé/e divorcé/e

Adresse

(rue, no postal, localité)

No de téléphone

Conjoint ou 2ème adulte

Nom


Prénom

Etat civil Marié/e Célibataire veuf/ve séparé/e divorcé/e

Adresse

(rue, no postal, localité)

Coordonnées bancaires/ccp pour le versement de la participation communale

 **Attention : pas de versement à l'étranger ni de versement en espèces !**

Banque (nom)

Adresse de la banque

IBAN n°

ou CCP n°

Titulaire du compte

Les soussignés attestent que les indications fournies dans la présente demande sont complètes et conformes à la vérité.

Lieu et date

Signature du
représentant légal

Tout subside obtenu à tort, sur la base d'informations erronées, falsifiées ou incomplètes, fera l'objet d'une restitution.

Documents à joindre impérativement (copies uniquement)

- 1 relevé de salaire (le dernier) pour chaque membre du ménage
- 1 copie du contrat d'assurance maladie ou autre tiers (prouvant ainsi qu'aucune participation d'institution n'est allouée)
- 1 copie de convention prouvant le montant des pensions alimentaires versées en cas de séparation / de divorce
- 1 copie de la ou des factures du médecin dentiste

A retourner au Service des finances de la Commune de Marly

Commune de Marly
Service des finances
Route de Fribourg 9, Case postale 63
1723 Marly 1