

Demande de subside pour frais de traitements orthodontiques
à retourner dûment remplie et signée à l'adresse ci-dessus

- avec une copie :
- du devis du médecin dentiste
 - de la dernière décision de taxation fiscale de l'Office d'impôts
 - de la décision de participation ou de refus de l'assurance maladie
 - le cas échéant, de la décision de participation ou de refus des prestations complémentaires de remboursement de frais de maladie (RFM)

Parents ou représentant légal

Nom Prénom

Adresse

Domicilié à La Tour-de-Peilz dès le

Enfant devant suivre le traitement

Nom Prénom

Adresse Né(e) le

Médecin dentiste consulté

Montant du devis Fr.

Participation de l'assurance maladie Fr.

Différence à la charge des parents avant subside Fr.

Début du traitement actif le

Durée du traitement actif (nombre de mois)

signature du parent responsable
ou du représentant légal de l'enfant

.....

Demande présentée le

Annexes : 3 documents

