



Commune de  
St-Légier-La Chiésaz

## DEMANDE DE SUBSIDE POUR FRAIS DE TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

*A adresser à la Bourse communale, route des Deux-Villages 23, 1806 St-Légier-La Chiésaz*

avec une copie : - de la dernière taxation fiscale  
- de la décision de participation ou de refus de l'assurance maladie

**une demande pour chaque enfant**

**Parents ou représentant légal :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Domicilié à St-Légier-La Chiésaz dès le : .....

**Enfant devant suivre le traitement :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Né (e) le : .....

**Médecin-dentiste consulté :** .....

Montant de la facture CHF : .....

Participation de l'assurance maladie ou autres CHF : .....

Différence à la charge des parents avant subside CHF : .....  
(sur présentation du décompte)

Début du traitement actif le : .....

Durée du traitement actif (nombre de mois) : .....

Le subside communal sera versé sur présentation de la facture acquittée. Il sera versé sur :

mon CCP no : .....

mon compte bancaire no : ..... Banque : .....

par caisse : .....

Demande présentée le : .....

Signature du parent responsable

ou du représentant légal de l'enfant : .....