



Commune de
St-Légier-La Chiésaz

DEMANDE DE SUBSIDE POUR FRAIS DE TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES
(à effectuer avant le début du traitement)

A adresser au service des finances, 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
- du devis

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 :