

Subventions pour les traitements orthodontiques**Formulaire de demande****Informations du ménage**

Famille monoparentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Parent</u>	<input type="checkbox"/> <u>2^{ème} Parent ou</u> <input type="checkbox"/> <u>Concubin</u>
Nom, prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Adresse du ménage :	_____
Localité :	_____
Téléphone / Natel :	_____
Adresse e-mail :	_____
Revenus :	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Sans revenus <input type="checkbox"/> Sans revenus
Pension, rente :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> reçue _____/mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> reçue _____/mois <input type="checkbox"/> versée _____/mois <input type="checkbox"/> versée _____/mois

Coordonnées de l'enfant**Scolarisation**

Nom, Prénom :	Né/e le :	1-8 ^H	CO	Soutien	CENSG
_____	____.____.____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant bénéficie-t-il d'une assurance pour soins orthodontiques ?			<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

Date : _____ Signature des parents : _____

Tout dossier incomplet ne sera pas traité !**Pièces à joindre :**

- ✓ Pour chaque parent salarié ou chômeur : dernier certificat annuel + 2 dernières fiches mensuelles
- ✓ Justificatifs de pension (ou rente) reçue (ou versée)
- ✓ Indépendants : joindre les derniers comptes (Bilan + Pertes & Profits)
- ✓ Devis pour le traitement orthodontique
- ✓ Décompte de prise en charge de votre assurance maladie
- ✓ **Pas de subvention au-delà de 80'000.- de revenus du ménage.**