

**Subventions pour les traitements orthodontiques**

Données personnelles de l'élève	
Nom	
Prénom	
Né (e) le	
Fils / Fille de (nom, prénom)	
Nombre enfants de la famille	
Adresse	
Localité	
Nationalité	
Téléphone	
Classe	<input type="checkbox"/> Primaire 1 <sup>H</sup> - 8 <sup>H</sup> <input type="checkbox"/> Soutien <input type="checkbox"/> CENSG <input type="checkbox"/> CO

A remplir obligatoirement par les parents		
	Oui	Non
Votre conjoint/concubin exerce-t-il une activité lucrative ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille monoparentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous au bénéfice d'une pension ou d'une rente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez ci-contre le montant total mensuel. (Veuillez joindre une copie de l'avis de paiement)	Fr.....	
Votre enfant bénéficie-t-il d'une assurance pour soins orthodontiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le .....

Signature des parents : .....

**Documents à joindre :**

- ✓ **dernier(s) certificat(s) de salaire(s) + deux derniers décomptes de salaire(s)**
- ✓ **justificatifs de pension ou rente + carte d'identité du représentant légal**
- ✓ **indépendants : joindre les derniers comptes (Bilan + Pertes & Profits)**
- ✓ **devis pour le traitement orthodontique**
- ✓ **décompte de prise en charge de votre assurance maladie**