



Greffe communal
Rue du They 1
1820 Veytaux
021 966 05 55
greffe@veytaux.ch
www.veytaux.ch

UNIQUEMENT POUR L'ADMINISTRATION

Période de subvention	
Montant accordé	
Païement effectué le	
Remarque	

Participation aux soins dentaires et orthodontiques (réalignement dentaire)

Formulaire de demande de subvention AVANT TRAITEMENT

Coordonnées du bénéficiaire :

Nom : Prénom :

Adresse : NPA/Lieu :

Tél : Email :

Age : Parents domiciliés à Veytaux depuis :

Coordonnées de paiement :

Titulaire du compte :

- ☐ mêmes coordonnées que celles du bénéficiaire
- ☐ coordonnées différentes : nom, prénom :
adresse :

IBAN : CH

Nom de la banque : Remarque :

Objet de la subvention :

- ☐ Soins dentaires : oui / non
- ☐ Soins orthodontiques (réalignement dentaires) ? : oui / non
- ☐ Montant devis :
- ☐ Nom du médecin-dentiste :
- ☐ Devis validé par dentiste-conseil cantonal : oui / non
- ☐ Prise en charge partielle ou totale par l'AI, l'assurance maladie ou toute autre institution publique/privée : oui / non

**Je certifie que les informations
fournies sont exactes.**

Date :

Signature :

Pièces à joindre :

- Rapport établi par le médecin-dentiste (cf. art. 3 du règlement)
- Copie du devis
- Copie de la carte bancaire/postale (pour n°IBAN)
- Dernière décision de taxation fiscale

Ce formulaire, daté et signé, est à envoyer, au plus tard 3 mois après la réception du rapport établi par le médecin-dentiste consulté, avec ses annexes, à la Commune de Veytaux, rue du They 1, 1820 Veytaux ou par mail à greffe@veytaux.ch