

**DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE
POUR LES FRAIS DENTAIRES DE VOTRE ENFANT**

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Montant de la facture : CHF

Coordonnées des parents ou du responsable légal

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ☐ père ☐ mère ☐ représentant légal

Adresse:

Tél. privé : Mobile :

Tél. prof. : Email :

Etat civil (parents) : ☐ marié(e) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Revenus nets imposables

Revenu de la famille :

Gain mensuel net père : CHF

Gain mensuel net mère : CHF

Allocations familiales : CHF

PC Familles :. CHF

Revenu d'insertion : CHF

Assurance chômage : CHF

Pension alimentaire : CHF

Autres revenus : CHF

Total **CHF**

Les pièces justificatives suivantes doivent être jointes à la présente demande :

- Fiches de salaire des trois derniers mois du père et/ou de la mère
- Pièces justificatives pour tout autre revenu mentionné ci-dessus
- Facture des soins dentaires

Avez-vous d'autres enfants à charge :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, prénom(s) et date(s) de naissance

1	4
2	5
3	6

Le/La soussigné/e certifie que les indications données sont exactes. Des vérifications peuvent être effectuées en tout temps.

Lieu et date :

Signature du responsable légal :

.....

.....

*La demande et ses annexes sont à adresser **sous pli confidentiel** à :
Commune d'Épalinges, Office de l'enfance, de la jeunesse et des affaires sociales (OEJS),
Chemin de la Girarde 4B - 1066 Épalinges ou par email à oejs@epalinges.ch*