

# Commune LE MOURET

## Service dentaire scolaire

### Questionnaire à l'intention des parents

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Fils/fille de :

Adresse :

Nombre d'enfants à charge :

(pour les enfants de 18 à 25 ans, joindre une attestation de formation signée par l'établissement scolaire).

La caisse maladie ou une autre assurance prend-elle en charge les soins dentaires de votre enfant ?

Oui

Non

Totalité

Forfait

Partiellement

Montant

Nom, adresse et numéro de téléphone de la caisse maladie (la Commune se réserve le droit de procéder à tout contrôle utile).

Lieu et date

.....  
Signature

**A retourner à l'Administration communale, Rte du Pafuet, 1724 Le Mouret, à l'att. de Mme Sandra Marthe.**