



## Fonds ASA

### Demande de participation financière à des moyens auxiliaires

#### 1. Indications personnelles de l'enfant ou du/de la jeune concerné-e par la prestation

Nom et prénom(s) :

Adresse (rue, localité) :

Numéro AVS :

Date de naissance :

Courriel :

Numéro de téléphone :

Ecole Formateur:

#### 2. Représentant légal (père, mère, autre)

Qui exerce l'autorité parentale ?  Les deux parents  
 Mère /  Père  
 Autre (à préciser) : .....

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Etat civil :

Employeur :

Situation financière : *\*Joindre les décisions de taxation des 2 dernières années*

### 3. Renseignement sur l'atteinte à la santé suite à l'accident / la maladie grave

Situation *:	
Depuis quand existe-t-elle ?	
Cause de cette situation :	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Autre
Nom et adresse du médecin-traitant, spécialiste ou hôpital pouvant fournir des renseignements :	
Remarque complémentaire :	

*\*Joindre les documents*

### 4. Prestation requise

	Description	Coût total*	Demande de participation
Moyens auxiliaires * :		CHF	CHF
Aide à la formation * :		CHF	CHF
Équipement, aménagements architecturaux * :		CHF	CHF
Autres * :		CHF	CHF

*\*Joindre les justificatifs*

## 5. Assurance/s de l'enfant ou du/de la jeune concerné-e

Caisse-maladie *	
Assurances complémentaires *:	
Autres instances concernées *:	
Avez-vous déposé une demande auprès d'une autre instance? Recevez-vous des prestations / soutiens financiers d'une autre source ?	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	
Laquelle et quand ? * :	

*\*Joindre les justificatifs*

## 6. Coordonnées bancaires

Titulaire du compte :	
IBAN ou CCP :	
Nom et lieu de la banque :	

## 7. Remarques

Remarques :
-------------

## 8. Autorisation de communiquer des renseignements :

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant le formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e légale autorise les personnes et offices mentionnés à communiquer aux organes de l'Assurance scolaire contre les accidents tous renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision.

Lieu et date /

Signature de la personne concernée ou du/de la représentant/e légal/e

Pièces à joindre:

- Copie assurance maladie et autres assurances concernées
- Copie rapports médicaux
- Devis/facture frais
- Décisions de taxation

A remplir par les autorités

Reçu le:	
No du dossier :	
Décision :	
Remarques :	
Montant versé :	

---

800\_Fond\_ASA\_formulaire\_F