



10-a



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

**Letzter Termin
30.06.2025**

SPESENABRECHNUNG SCHULARZT Schuljahr 2024/2025

Name: Vorname: Geburtsdatum :

Genauere Adresse:

Neue AHV Nr.: Tel Nr. :

E-Mail:

Bezahlung: Bank des Begünstigten

IBAN

Name und Adresse des Begünstigten (wenn abweichend)

Bitte alle Stunden pro Impfdatum als Schularzt aufschreiben (**Administration et Wegzeit inbegriffen**).

Impfungen für: Hépatitis- HPV- DTPa-IPV oder DTPa-IPV-Polio – ROR – Varizelle

Schule	Impfdatum	Anzahl Stunden
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

	Anzahl Stunden
TOTAL	

Datum:

Unterschrift und Stempel:
des Schularztes

Bitte zurücksenden an
Gesundheitsförderung Wallis
Einheit Schulgesundheits
 Rue de Condémines 14 – 1951 Sitten
 vaccination@psvalais.ch