



10-a



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE Année scolaire 2024/2025

**Dernier délai
30.06.2025**

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

.....

No d'ass. sociale : Tél :

E-mail:

Païement :

Banque du bénéficiaire

IBAN

Nom et adresse du bénéficiaire (si différent)

.....

*Veillez noter les heures **par journée** de vaccination effectuée par un médecin scolaire
(travail administratif et frais de déplacement y compris).*

Vaccins concernés : Hépatite- HPV- DTPa-IPV ou DTPa-IPV-Polio – ROR – Varicelle

Etablissement	Date de la vaccination	Nombre des heures
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

	Nombre d'heures
TOTAL	

Date :

Signature et timbre :
Du médecin scolaire

A renvoyer à :

**Promotion santé Valais
Service de santé scolaire
Rue de Condémines 14 - 1951 Sion
vaccination@psvalais.ch**