

DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE

Année scolaire 2025/2026

Dernier délai
30.06.2026

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)

.....

*Veuillez 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.