



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

10-c

BILAN ELECTIF

**Dernier délai
30.06.2025**

DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE
Année scolaire 2024/2025

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

.....

No d'ass. sociale : Tél :

E-mail :

Paiement : Banque du bénéficiaire

IBAN

Nom et adresse du bénéficiaire (si différent)

.....

Date du bilan	Région	Ecole	Nbre d'élèves examinés	Nbre d'heures
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Total général

Travail administratif et frais de déplacement y compris.

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