



10-c
ELEKTIVER GESUNDHEITS-CHECK-UP

**Letzter Termin
30.06.2025**

SPESENABRECHNUNG SCHULARZT Schuljahr 2024/2025

Name: Vorname: Geburtsdatum :

Genaue Adresse:

AHV Nr.: Tel Nr. :

E-Mail:

Bezahlung: Bank des Begünstigten

IBAN

Name und Adresse des Begünstigten (wenn abweichend)

Datum der Untersuchung	Region	Schule	Anzahl der untersuchten Schüler	Anzahl Stunden
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Total
--------------------	-------

Einschliesslich Verwaltungsarbeit und Fahrspesen.

Datum: Unterschrift & Stempel:
des Schularztes

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