

10-d

Dernier délai  
30.06.2026

## DECOMPTE DE FRAIS POUR LE MEDECIN CONSEIL

Année scolaire 2025/2026

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) .....  
.....

**Les activités du médecin conseil se font sur demande de l'autorité scolaire et doivent être visées par la direction d'établissement pour être remboursées.**

**Les heures comprennent le travail administratif et les frais de déplacement.**

### INTERVENTIONS DU MEDECIN-CONSEIL

Date de l'intervention	Commune	Ecole / Etablissement	Type d'intervention	Nombre d'heures	Timbre / signature de l'autorité scolaire*
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Type de situations :

..... x Conseiller des autorités scolaires

..... x Enfants à besoins spéciaux

..... x Cas de maltraitance

..... x Difficultés d'apprentissage

..... x Problèmes d'environnement

<b>Total général</b>	.....
----------------------	-------

Date : ..... Signature et timbre du médecin conseil : .....

\* Lors des interventions, la signature de la direction de l'école est obligatoire pour le paiement. A renvoyer à Promotion santé Valais, rue de Condémines 14 - 1951 Sion (scolaire@psvalais.ch) pour le 30.06.2026 au plus tard.