

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.

10-d

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 :

- Conseiller des autorités scolaires
- Enfants à besoins spéciaux
- Cas de maltraitance
- Difficultés d'apprentissage
- Problèmes d'environnement

Total général

.....

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.