



Promotion santé Valais  
Gesundheitsförderung Wallis

10-d

**Dernier délai**  
**30.06.2025**

## DECOMPTE DE FRAIS POUR LE MEDECIN CONSEIL

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)

.....

**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 :

- ..... 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 30.06.2025 au plus tard.*