



10-a



Promotion santé Valais  
Gesundheitsförderung Wallis

**Dernier délai**  
**30.06.2024**

## **DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE**

**9<sup>e</sup> Harmos - Année scolaire 2023/2024**

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) .....

.....

### **VACCINATION HEPATITE B ET PAPILLOMAVIRUS**

	Dates de la vaccination	Région	Ecoles	Nbre d'élèves vaccinés Papillomavirus	Nbre d'élèves vaccinés Hépatite B	Nbre d'heures*
1 <sup>ère</sup> dose	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose	.....	.....	.....	.....	.....	.....

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

**\*Travail administratif et frais de déplacement y compris.**

Lieu et date : .....

Signature : .....

A renvoyer à :

**Promotion santé Valais  
Service de santé scolaire  
Rue de Condémines 14 - 1951 Sion  
vaccination@psvalais.ch**