



10-c



Promotion santé Valais  
Gesundheitsförderung Wallis

**Dernier délai  
30.06.2024**

## **BILAN ELECTIF**

### **DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE 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) .....

.....

Date du bilan	Région	Ecole	Nbre d'élèves examinés	Nbre d'heures
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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

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

Date : .....

Signature et timbre : .....  
du médecin scolaire

A renvoyer à :

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