

Dernier délai
30.06.2021

DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE
10^e Harmos - Année scolaire 2020/2021

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)

**1. RATTRAPAGE VACCINAL : VACCINATION CONTRE ROUGEOLE – OREILLONS –
RUBEOLE (ROR)**

1^{ère} dose

Date de la vaccination	Région	Nombre d'heures	Nombre d'élèves vaccinés
.....
.....
.....
.....

2^{ème} dose

Date de la vaccination	Région	Nombre d'heures	Nombre d'élèves vaccinés
.....
.....
.....
.....



**2. RAPPEL VACCINATION CONTRE DIPHTERIE – TETANOS – COQUELUCHE (DTPa)ET
DIPHTERIE –TETANOS (DT)**

Date de la vaccination	Région	Nombre d'heures	Nombre d'élèves vaccinés
.....
.....
.....
.....

3. VACCINATION CONTRE LA VARICELLE

1^{ère} dose

Date de la vaccination	Région	Nombre d'heures	Nombre d'élèves vaccinés
.....
.....
.....
.....

2^{ème} dose

Date de la vaccination	Région	Nombre d'heures	Nombre d'élèves vaccinés
.....
.....
.....
.....

	Nombre d'heures	ROR	DTPa / DT	Varicelle
TOTAL				

Travail administratif et frais de déplacement y compris.

Date :

Signature et timbre :
du médecin scolaire

<p>A renvoyer à :</p> <p>Promotion santé Valais Service de santé scolaire Rue de Condémines 14 - 1951 Sion vaccination@psvalais.ch</p>
