



Promotion santé Valais  
Gesundheitsförderung Wallis

10-d

**Dernier délai**  
**30.06.2021**

## **DECOMPTE DE FRAIS POUR LE MEDECIN CONSEIL**

**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) .....	
	.....	

**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 l'autorité de l'établissement scolaire est obligatoire pour le paiement.  
 A renvoyer à Promotion santé Valais, rue de Condémines 14 - 1951 Sion (vaccination@psvalais.ch) pour le 30.06.2021 au plus tard.