



10-a



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

**Letzter Termin
30.06.2026**

SPESENABRECHNUNG SCHULARZT Schuljahr 2025/2026

Name: Vorname: Geburtsdatum :

Genaue Adresse:

Neue AHV Nr.: Tel Nr. :

E-Mail:

Bezahlung: Bank des Begünstigten

IBAN

Name und Adresse des Begünstigten (wenn abweichend)

Bitte alle Stunden pro Impfdatum als Schularzt aufschreiben (**Administration et Wegzeit inbegriffen**).
Impfungen für: Hépatitis- HPV- DTPa-IPV oder DTPa-IPV-Polio – ROR – Varizelle

Schule	Impfdatum	Anzahl Stunden
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

	Anzahl Stunden
TOTAL	

Datum: Unterschrift und Stempel
des Schularztes :

Bitte zurücksenden an
**Gesundheitsförderung Wallis
Einheit Schulgesundheits
Rue de Condémines 14 – 1951 Sitten
vaccination@psvalais.ch**