## Vaccination chez le médecin traitant

1. Jeunes de 15 à 26 ans (y compris)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Canton de domiciliation :

(pour les non Valaisans)

Par la présente signature la personne susmentionnée donne son accord :

* pour être vaccinée contre les papillomavirus humains et déclare avoir reçu et compris les informationsconcernant cette vaccination
* autorise son médecin traitant à transmettre à Promotion Santé Valais (PSV), son nom, son prénom, sa date de naissance et son canton de domiciliation.

Date :

Signature : Signature des parents :

(conseillée)



**Décompte de facturation (à remplir chez le médecin traitant)**

*Coordonnées du médecin :*

Nom Prénom

Adresse

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Gardasil  □ Cervarix | **1ère dose**  doit être faite  avant le 31.12.2017pour les jeunes nés en **1991**  avant le 31.12.2018 pour les jeunes nés en **1992** | **2ème dose** | **3ème dose** |
| **Date vaccination** |  |  |  |
| **Signature et sceau du médecin** |  |  |  |

- Formulaire à faxer par le médecin **après chaque injection** à PSV-