



10-b



Promotion santé Valais  
Gesundheitsförderung Wallis

Dernier délai  
30.06.2024

## DECOMPTE DE FRAIS MEDECIN SCOLAIRE 10<sup>e</sup> Harmos - 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) .....

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

#### 1<sup>ère</sup> dose

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

#### 2<sup>ème</sup> dose

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



**2. RAPPEL VACCINATION CONTRE DIPHTERIE – TETANOS – COQUELUCHE (DTPa) ET  
DIPHTERIE –TETANOS - COQUELUCHE – POLIOMYELITE (DTPa- IPV)**

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

**3. VACCINATION CONTRE LA VARICELLE**

**1<sup>ère</sup> dose**

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

**2<sup>ème</sup> dose**

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

	Nombre d'heures	ROR	DTPa / DTPa-IPV	Varicelle
<b>TOTAL</b>				

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

Date : .....

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

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