



**DEPARTEMENT DE LA FORMATION,  
DE LA JEUNESSE ET DE LA CULTURE**

Service de l'enseignement spécialisé  
et de l'appui à la formation (SESAF)

**Unité de promotion de la santé  
et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS)**

**DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE  
L'ACTION SOCIALE**

Direction générale de la santé (DGS)

**AVASAD – Unité PSPS**  
A l'att. de Mme Héloïse Dupraz  
Rte de Chavannes 37  
1014 Lausanne

### RECAPITULATIF DES FACTURES ET DES POC/PSO

Ce document est à remettre au plus tard, 1 mois après la fin de votre projet

*Un délai absolu de paiement des factures est fixé au 10 décembre de l'année civile lors de laquelle le projet a été mené. Passé ce délai, la prétention au remboursement sera caduque.*

#### Réservé à l'Unité PSPS

#### Rappel d'information

N° de projet :	Montant octroyé par l'Unité PSPS :
<i>(mentionné sur la lettre de réponse de l'Unité PSPS)</i>	
Titre du projet :	POC octroyée-s par l'Unité PSPS :
Nom d'établissement :	

#### Récapitulatif des pièces jointes

Nombre de facture-s en pièce-s jointe-s :	Montant total des factures :
Est-ce qu'une ou plusieurs facture-s sont encore en attente ?	OUI NON

#### Remboursement des pièces jointes

Institution ou personne concernée (nom et prénom) :			
Fonction :	Téléphone :		
Adresse complète :			
Montant à rembourser	CHF		
Coordonnées bancaires	Banque	Poste	N° de compte :
Nom et adresse de l'établissement financier :			
Nom et prénom du titulaire du compte (intitulé exact) :			
IBAN :			
Swift :			

### Remboursement des POC / PSO

Des POC / PSO peuvent être attribuées aux enseignant-e-s pour le temps passé à la préparation et la réalisation d'un projet PSPS, uniquement si une décharge n'est pas déjà attribuée pour ce travail. Les membres des équipes PSPS n'y ont pas droit, toutes les activités PSPS faisant partie de leur mandat.

Nom et prénom	Fonction	N° SPEV	Nombre de POC / PSO

*Si plus de 5 personnes, merci de les mentionner sur une liste annexe.  
(1 période occasionnelle cantonale : DGEO 105 minutes / DGEP 120 minutes)*

**Merci de mentionner les activités prévues dans le cadre des POC / PSO demandés :**

### Validation – Directeur-trice

**Directeur-trice**

Titre :                      Prénom :    Nom:    Signature : .....

Adresse courriel :

Date :    Signature : .....