

**Annexe 1 : Formulaire de demande d'obtention du label « Violence domestique  
– Ici vous pouvez en parler »**

**1. Nom, adresse de la pharmacie**

.....  
.....

**2. Nom du ou des pharmacien-ne-s responsables**

.....  
.....

**3. Personnes formées**

Pharmacien-ne responsable

Pharmacien-ne-s

Assistant-e-s en pharmacie

Nombre de personnes formées (attestations de formation à joindre à la demande) : .....

**4. Visuels souhaités**

Affiches format A3  Quantité (max. 3) ; .....

Autocollants ronds  Quantité (max. 5) ; .....

Date : .....

Nom & Prénom de la ou du pharmacien-ne responsable : .....

J'ai lu et m'engage à respecter la convention-cadre relative à l'attribution d'un label aux pharmacies engagée dans la problématique de la violence domestique

Signature : .....

Formulaire à transmettre par courriel à l'adresse : [pharmacien.cantonal@vd.ch](mailto:pharmacien.cantonal@vd.ch)

**Validation par la pharmacienne cantonale : Oui  Non**

Date : .....

Nom & Prénom : .....

Signature : .....