"Rayon de Soleil – Édition 2026" 22 août au 28 août 2026

Formulaire d'inscription édition 2026

Nom du résident :	Prénom du résident :	Date de naissance : .....
Adresse :	Domicile :	Téléphone : .....
*Médecin traitant :		Etat civil : .....

Personne de contact / Membres de la famille / CMS (personne de référence) : Nom :	Prénom :	Téléphone : .....
Vit avec :	Entourage familial :	
*Nom du CMS en cas de suivi :		
Transport assuré par :	☐ La famille (premier et dernier jour) ☐ La PCI	☐ Aller ☐ Retour ☐ Aller ☐ Retour

* Champs obligatoires

1. Etat de santé - physique

Se mouvoir

Moyen auxiliaire :
- ☐ aucun
- ☐ cannes
- ☐ rollator
- ☐ chaise roulante personnelle
- ☐ chaise roulante pour longs trajets

Autonomie : Oui ☐ Non ☐

Risque de chute : Oui ☐ Non ☐

Fonctions vitales

Difficultés respiratoires : A l'effort ☐ Au repos ☐ Aucune ☐

Tension artérielle, norme :
.....

Œdèmes : oui / non

Bas de contention : Oui ☐ Non ☐

Sens

Lunettes : Oui ☐ Non ☐

Appareils auditifs : Oui ☐ Non ☐

Gttes occulaires : Oui ☐ Non ☐
Si oui : Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐

Repos et sommeil

Lit surélevé : Oui ☐ Non ☐

Lit médicalisé Oui ☐ Non ☐

Habitudes d'hygiène	***S'habiller***
Toilette : Pas d'aide ☐ A stimuler ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Dentier : Oui ☐ Non ☐ Aide CMS soins : ……..x/semaine	Habillage : Pas d'aide ☐ A vérifier ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐
Manger + boire	***Loisirs***
Aversions : …… Allergies/intolérances : .... Couper aliments : Oui ☐ Non ☐ Manger seul : Oui ☐ Non ☐ Risque de fausse route : Oui ☐ Non ☐	Activités habituelles : .... Aller aux bains thermaux : Oui ☐ Non ☐ Vol en avion/hélicoptère : Oui ☐ Non ☐ Altitude max. : ……mètres.

Élimination (selles et urine)
Urines : continent ☐ incontinent ☐ Selles : continent ☐ incontinent ☐ Stomie : Oui ☐ Non ☐ Si oui laquelle ? : ..... Protections : Oui ☐ Non ☐ Chaise percée : Oui ☐ Non ☐

2. Etat de santé - psychique

Divers	***Capacité d'orientation***
Humeur/moral : bon vivant ☐ fluctuant ☐ bas ☐ solitaire ☐ Aime le contact : oui ☐ non ☐ Aime discuter : oui ☐ non ☐	Grand espace : Indépendant oui ☐ non ☐ Petit espace : Indépendant oui ☐ non ☐

Troubles de la mémoire : aucun ☐ Léger ☐ Moyen ☐ Fort ☐ Anxiété/ angoisse : Oui ☐ Non ☐	Orientation : Temps Oui ☐ Non ☐ Espace Oui ☐ Non ☐ Personne Oui ☐ Non ☐

Remarques particulières

Vœux / désirs / rêves

1) .....

2) .....

Médicaments actuellement prescrits

Anticoagulant : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel : ……..

Diabète: Oui ☐ Non ☐

Insuline: Oui ☐ Non ☐

Gestion TTT: autonome ☐ à contrôler ☐ à donner ☐

Semainier: Oui ☐ Non ☐

Diagnostics médicaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergies médicamenteuses :.....

Soins spécifiques (ex. T.A./prévention escarres/glycémie/etc.)
Signes vitaux : ..... /semaine Poids : ..... /semaine Bandes de contention : matin ☐ soir ☐ Pansement : oui ☐ non ☐ Si oui lequel :…… /semaine Protocole :..... Glycémie : …….. /jour .....… /semaine

Rapport médical	*Inscription*
Nous vous prions de bien vouloir transmettre le rapport médical ci-annexé à votre médecin traitant, en lui demandant de bien vouloir l'adresser, dûment complété, à : ***Madame Nicole Ducrey Crettenand,*** ***Médecine générale FMH*** ***Rte du Simplon 70*** ***1957 Ardon*** **Par sa signature, la personne souhaitant participer en qualité de résident/e à Rayon de Soleil, confirme être en possession d'une assurance maladie et accident ainsi que d'une assurance « Responsabilité civile ».**	Veuillez adresser la présente inscription, dûment complétée, ***sans joindre le rapport médical***, à notre adresse : ***Protection civile - Arrondissement Valais Central*** ***A l'att. de M. Eric Germanier*** ***Rue de l'industrie 29*** ***3960 Sierre*** **Jusqu'au 15 mai 2026 au plus tard**. ***Pour tout renseignement :*** ***Chef matériel de l'action :*** ***Eric Germanier*** ***Mobile : 079 433 27 10*** ***Responsable sanitaire :*** ***Gaelle Roduit*** ***Mobile : 079 784 17 12***

Date : .....

Résident : .....

Représentant : .....