



Informations médicales sur le résident en vue d'une participation à Rayon de Soleil 2026

Nom du résident :	Prénom du résident :	Date de naissance :
Adresse :	Domicile :	Téléphone :

Informations importantes sur le résident :

Diagnostic médical					
Genre et intensité du handicap					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
Médication					
Médicaments prescrits	Matin	Midi	Soir	Nuit	Autres
Altitude et bains thermaux					
Altitude maximale à respecter :					
Nécessite un accompagnant dans les bains					
		O OUI		O NON	
Informations particulières					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

**Le présent rapport doit être complété par le médecin traitant et adressé à :
Madame Nicole Ducrey Crettenand, Médecine générale FMH, Rte du Simplon 70, 1957 Ardon
Date limite pour une inscription à Rayon de Soleil 2026 : 15 mai 2026**

Merci au médecin qui émet ce rapport, pour la gratuité de cette prestation, De ce fait, il participe activement à l'action sociale Rayon de Soleil, merci pour votre geste précieux.

Date :

Médecin :