



Dossier d'inscription

Attention : l'inscription sur notre liste d'attente ne sera effective qu'après réception de notre part du dossier complété.

Durée du séjour¹ : Court séjour² – Long séjour

Date :/...../20.....

I. Données administratives de la personne

1) Identité

- Nom (de jeune fille) :
- Nom d'épouse :
- Prénom :
- Nationalité :
- N° de registre National :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse:
.....
.....

La personne réside-t-elle autre part que chez elle actuellement ? oui - non

Si **oui**, Nom de l'institution ou de l'hébergeant :

Adresse :

- Situation familiale :
- Langue(s) Parlée(s) :
- Ancienne profession :
- Revenus :
- Religion.....

¹ Entourez la durée du séjour souhaité

² Séjour d'une durée de minimum 1 mois et maximum 3 mois

2) Chambre(s) souhaitée(s) (plusieurs choix sont possibles):

- Chambre particulière ou double avec salle-de-bain (49,00 € / jour)
- Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain (55,55 € / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon (56,47 € / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB – superficie 18m² (57,50 € / jour) (court séjour)

La demande est-elle URGENTE ? Oui - Non

3) Contacts

Données administratives du requérant (personne qui fait la demande):

Nom :Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tel : GSM :

Adresse e-mail :

	<i>NOM Prénom</i>	<i>Parenté</i>	<i>Téléphone.</i>	<i>Adresse</i>
1				
2				
3				

4) Administrateur de biens Oui - Non

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

5) CPAS : Oui - Non

Adresse :

Réquisitoire demandé : oui - Non

Personne de référence :

6) Motif de la demande :

.....
.....
.....

II. Données médicales

Vignette de mutuelle :

1) Médecin traitant

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

2) Etat de santé

a) Antécédents médicaux :

.....
.....
.....
.....
.....

b) Etat de santé actuel :

.....
.....
.....
.....
.....

- Evaluation de l'aide à apporter (si possible, joindre, au dossier, une échelle de Katz)³:

Se laver	Autonome - Aide partielle - Aide totale
S'habiller	Autonome - Aide partielle - Aide totale
Transferts et déplacements	Autonome - Aide partielle - Aide totale
Aller à la toilette	Autonome - Aide partielle - Aide totale
Continence	Continence - Incontinence accidentelle - Incontinence
Manger	Autonome - Aide partielle - Aide totale
Temps	Orienté désorienté
Espace	Orienté Désorienté

³ Entourez le terme correspondant à l'état de la personne.

Si la personne est désorientée, décrivez sa désorientation (perte de repères, oublis, agressivité, perte langagière,...) :

.....
.....
.....

La personne est-elle fugueuse ou pourrait l'être ? oui - non

c) Renseignements divers

- Paramètre :

Poids :

Taille :

- Lunettes :

- Surdité :

Appareil auditif : gauche - Droit

- Assu tude : oui non

Tabac :

Alcool :

Autres :

- Régime particulier :

- Autres informations :

.....
.....
.....
.....
.....

Signature

Pour toutes informations complémentaires ou questions, vous pouvez joindre les assistantes sociales au 083/21.22.61 de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 16h30 le mercredi.

Ce dossier est à nous renvoyer par courrier, par fax, par e-mail ou encore à nous remettre en main propre le plus rapidement possible afin que l'inscription soit enregistr e.

Coordonnées :

Centre Sainte Thérèse ASBL
Avenue Schlogel 124
5590 Ciney

TEL : 083/21.22.61 FAX : 083/21.50.39

E-mail : service.social@cst-asbl.be