



## 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 séjour<sup>1</sup> : Court séjour<sup>2</sup> - 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.....

---

<sup>1</sup> Entourez la durée du séjour souhaité

<sup>2</sup> 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
- Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain
- Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon
- Chambre particulière climatisée avec SDB - superficie 18m<sup>2</sup> (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>
<i>1</i>				
<i>2</i>				
<i>3</i>				

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 :

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



- Régime particulier :
- Autres informations :

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

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 enregistrée.

**Coordonnées :**

Centre Sainte Thérèse ASBL  
Avenue Schlogel 124  
5590 Ciney

TEL : 083/21.22.61 FAX : 083/21.50.39  
E-mail : [service.social@centre-st-therese.be](mailto:service.social@centre-st-therese.be)