



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY
083/21.22.61
secretariat@cst-asbl.be

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

Le Centre Sainte Thérèse ASBL respecte la législation belge en matière de protection de la vie privée, ainsi que les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY
 083/21.22.61
secretariat@cst-asbl.be

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

- Chambre particulière ou double avec salle-de-bain (51,79 € / jour)
- Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain (58,71€ / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon (59,69 € / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB – superficie 18m² (60,77 € / 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 :



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY
083/21.22.61
secretariat@cst-asbl.be

- 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 :

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



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY
083/21.22.61
secretariat@cst-asbl.be

- 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

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

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



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY
083/21.22.61
secretariat@cst-asbl.be

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 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@cst-asbl.be