



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto: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 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

*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](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

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

- Chambre particulière ou double avec salle-de-bain (53,69 € / jour)
- Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain (60,61€ / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon (61,59 € / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB – superficie 18m<sup>2</sup> (62,67 € / 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 : .....

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

4) Administrateur de biens    Oui    -    Non

Nom :  
 Adresse :  
 N° de téléphone :



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto: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 : | Médecin qui assurera le suivi dans la MRS : |
| Nom :                 | Nom :                                       |
| Adresse :             | Adresse :                                   |
| N° de téléphone :     | 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](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

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

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

<sup>3</sup> Entourez le terme correspondant   l'état de la personne.



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

Tabac :    
Alcool :    
Autres : .....

- Vacciné(e) à la COVID-19 : OUI - NON
- 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](mailto:service.social@cst-asbl.be)