**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[[1]](#footnote-1) : Court séjour[[2]](#footnote-2) – Long séjour**

Date : ……./……/20……

1. **Données administratives de la personne**
2. 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. Chambre(s) souhaitée(s)  (plusieurs choix sont possibles):

Chambre particulière ou double avec salle-de-bain (56.91 € / jour)

Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain (63,64€ / jour)

Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon (64,67 € / jour)

Chambre particulière climatisée avec SDB – superficie 18m² (65,80 € / jour) (court séjour)

**La demande est-elle URGENTE ?** Oui - Non

1. Contacts

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

Nom : ……………………………………………………..Prénom : …………………………………………………….

Lien de parenté : …………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Tel : …………………………………… GSM : ………………………………..

Adresse e-mail : …………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***NOM Prénom*** | ***Parenté*** | ***Téléphone.*** |  ***Adresse*** |
| ***1*** |  |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |  |

1. Administrateur de biens Oui - Non

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

1. CPAS : Oui - Non

Adresse :

Réquisitoire demandé : oui - Non

Personne de référence :

1. Motif de la demande :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **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 :

1. Etat de santé
2. Antécédents médicaux :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Etat de santé actuel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Evaluation de l’aide à apporter  (notez de 1 à 4 l’autonomie de votre proche en sachant que 1 signifie autonome et 4 totalement dépendant):



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

1. Renseignements divers
* Paramètre :

 Poids : ………………………

 Taille :……………………….

* Lunettes : ……………………………
* Surdité : ……………………………..

Appareil auditif : gauche - Droit

* Assuétude : oui non

 Tabac :

 Alcool :

 Autres :…………………………………………………………………………………

* Vacciné(e) à la COVID-19 : OUI - NON

 Si oui nbre de dose : ………………………………………

* 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

1. Entourez la durée du séjour souhaité [↑](#footnote-ref-1)
2. Séjour d’une durée de minimum 1 mois et maximum 3 mois [↑](#footnote-ref-2)