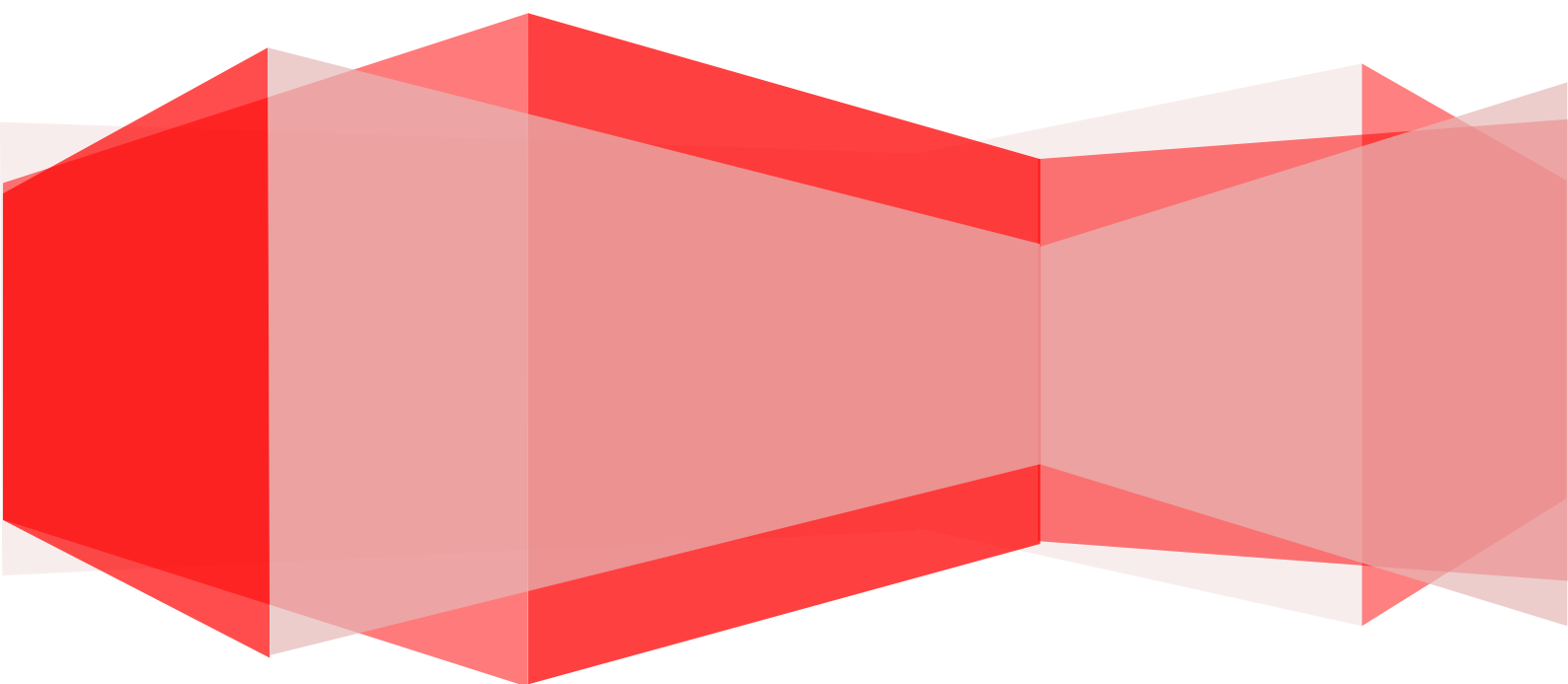




Dossier d'admission

Direction : Daivier Renaud



Madame, Monsieur,

Ce document a pour mission de nous donner la possibilité de mieux connaître la personne pour laquelle un accueil a été sollicité au sein de notre institution.

Nous souhaitons que ce dossier nous soit retourné complété afin d'optimiser votre demande d'admission.

Toutes les informations complémentaires que vous jugerez nécessaires peuvent nous être communiquées.

Ce document est constitué en 3 parties :

1. Dossier social,
2. Dossier pédagogique,
3. Dossier médical.

Afin de constituer un dossier complet, nous vous demandons pour toutes candidatures de nous fournir les documents suivants :

1. Administratif :

- Une orientation MDPH maison d'accueil spécialisée,
- Une carte européenne, délivrée par la Sécurité sociale,
- Une copie du jugement de tutelle ou de curatelle,
- La carte d'identité, en cours de validité,
- La carte vitale,
- Les documents de mutuelle,
- L'attestation CMU
- L'accord du département pour une prise en charge des frais de séjour (convention).

2. Médical :

- Un bilan sanguin récent (moins de 3 mois) avant la date d'entrée,
- Un bilan dentaire et médical (moins de 2 mois),
- Une prescription médicale que nous nous chargerons d'enlever auprès de notre pharmacie,
- Les médicaments de 5 jours.

3. Socio-éducatif :

- 4 photos d'identité récentes,
- Un rapport de comportement récent,
- Une fiche de liaison (anamnèse complète).

Une convention entre l'institution et le représentant légal de la personne accueillie sera remise lors de l'entrée et devra être renvoyée signée et paraphée au maximum le jour qui précède la date d'entrée.

Cette convention sera rédigée en 2 exemplaires, l'un sera remis au tuteur, le second sera conservé dans le dossier institutionnel.

1. Dossier Social

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Nationalité :.....
5. N° national :.....
6. Adresse :.....
7. N° de téléphone :.....
8. Carte d'invalidité : Taux :.....Durée :.....
9. Caisse de sécurité sociale :.....
Numéro d'affiliation :.....
10. Caisse d'allocation familiale :.....
11. Mutuelle :.....
12. Orientation MDPH (+ date d'échéance/joindre copie)

Mère :

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Nationalité :.....
5. Adresse :.....
6. N° de téléphone :.....
7. Profession :.....
8. Conjoint (autre que l'époux légal) :.....
Vivant avec le père (Oui/Non)

Père :

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Nationalité :.....
5. Adresse :.....
6. N° de téléphone :.....
7. Profession :.....
8. Conjoint (autre que l'époux légal) :.....
Vivant avec la mère (Oui/Non)

Tuteur :

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Adresse :.....
4. N° de téléphone :.....

Fraterie :

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Etat de santé :.....
5. Situation : (Marié/Célibataire),
6. Nombre d'enfants :.....
7. Profession.....

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Etat de santé :.....
5. Situation : (Marié/Célibataire),
6. Nombre d'enfants :.....
7. Profession.....

1. Nom :.....
2. Prénom :.....
3. Lieu et date de naissance :.....
4. Etat de santé :.....
5. Situation : (Marié/Célibataire),
6. Nombre d'enfants :.....
7. Profession.....

2. Dossier pédagogique

Nom du bénéficiaire :.....

1. Autonomie :

a) Alimentation : (Utilisation des couverts, maintien à table,...). Décrire la situation actuelle :

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

b) Hygiène : (Se lave seul, ou pas entièrement, type de stimulation nécessaire : supervision, stimulation verbal, prise en charge totale, ...). Décrire la situation actuelle :

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

c) Habillement : (Enfile seul ses vêtements, ou certains types de stimulation nécessaire, capable de faire des boutons, une tirette, capable de choisir ses vêtements, ...). Décrire la situation actuelle :

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

d) Utilisation des toilettes (Problèmes d'énurésie, d'encoprésie, tire la chasse, s'essuie seul, remonte ses vêtements, ...). Décrire la situation actuelle :

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

e) Motricité, vue, ouïe, repères spatio-temporels :

Motricité globale : Capable de se déplacer, de se tenir assis, de monter des marches, ...

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

Motricité fine : Capable de feuilleter un livre, découper avec des ciseaux, ...

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

3. Dossier médical

Renseignements généraux :

Nom :.....

Prénom :.....

Lieu et date de naissance :.....

1. Antécédents familiaux :

- Père :.....

- Mère :.....

- Fratrie :.....

- Autres (si particularités à signaler) :.....

2. Antécédents personnels :

- Handicap principal.....

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

- Maladie chronique aigue.....

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

F. Données générales :

1. Contraception éventuelle :

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

2. Groupe sanguin :.....

3. Poids :.....

4. Taille :.....

5. Etat de vaccination : (dates + rappels)

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

6. Sérologie HIV :.....

7. Hépatite B+C :.....

8. Traitement : (injections, gouttes, sachets, pommades, divers).

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



CERTIFICAT

Note : Document à nous communiquer 48h avant la date d'entrée définie

Par la présente, j'atteste que M.....
ne présente aucune pathologie évolutive ou contagieuse.

Docteur :

Cachet :

Fait à....., le



ATTESTATION

Dans le souci d'assurer un accompagnement de qualité au bénéficiaire et conscient de l'importance de la place qu'a chaque bénéficiaire au sein de notre institution, il est indispensable de collaborer avec les intervenants de la structure qui par le passé, a accueilli le bénéficiaire.

Dans le cadre où l'équipe après évaluation, juge que l'institution n'est plus en mesure de répondre aux besoins du bénéficiaire et donc que les limites de la structure sont atteintes, une réorientation dans une autre structure sera imposée.

Dans le cadre de ses réorientations, nous avons besoin de la collaboration de la personne qui a dirigé le résident sur notre institution.

Je soussigné,(Médecin)

Ayant soumis la candidature de :

Mme/Mr.....

Au sein de l'institution « Le Domaine de Clerfayt ».

M'engage par la présente, à collaborer, en tant que personne ressource, avec les intervenants de notre institution, lors de la réorientation du bénéficiaire vers une structure plus adaptée, si celle-ci se justifie.

Cachet, date et signature du Médecin :



Afin que votre candidature soit traitée, veuillez remplir l'entièreté de ce dossier et le renvoyer à l'adresse suivante :

Domaine de Clerfayt
Maison d'accueil spécialisée
Rue de Clerfayt, 104
7131 WAUDREZ (Belgique)

Chaque candidature envoyée et complétée donnera lieu à :

1. Examen en commission d'admission de la candidature du bénéficiaire, Un avis préalable est envoyé motivant la poursuite ou pas de la candidature,
2. Une demande de visite vous sera envoyée afin de rencontrer soit la famille, soit l'institution hébergeant le bénéficiaire,
3. Suite à la visite, une réponse quant à une éventuelle admission vous sera formulée par écrit, positivement ou négativement avec motivation de refus et ce dans les deux semaines après la visite,
4. Après concertation avec le tuteur, le bénéficiaire et l'acceptation du conseil général concerné, il est prévu suivant les places disponibles une date d'entrée, à défaut, une place d'attente,
5. Si l'ensemble des documents administratifs en cours de validité et les documents médicaux demandés ne sont pas rentrés dans les 10 jours ouvrables avant la date d'entrée définie pour le bénéficiaire, celle-ci sera être reportée.