



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

### - SECTEUR ADULTES -

*Photo de la  
personne  
à accueillir*

Date d'introduction du dossier : ..... / ..... / .....

Dossier introduit par : .....

En qualité de : .....

#### Coordonnées de la personne à accueillir

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe (M/F) : ..... Né(e) le : .....

Lieu de Naissance : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

Dernière adresse connue : rue .....

N° : ..... CP : ..... Ville : .....

39, rue de la Loquette – 7600 Péruwelz (Belgique)

Tél : 0032 69 77 99 54 (Service Admissions) – 0032 69 77 99 99 (N° général)

Email : [admissions@centrecerfontaine.be](mailto:admissions@centrecerfontaine.be) – Site internet: [www.centrecerfontaine.be](http://www.centrecerfontaine.be)

# A) Volet Administratif & Social

## 1° Statut administratif de la personne à accueillir :

Type d'orientation (MDPH) :  Foyer de Vie (F.V) / Foyer Occupationnel (F.O)  
 Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M)  
 Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S)

N° dossier : ..... Département : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Nom de la CPAM : .....

Adresse: .....

N° : ..... CP : ..... Ville : .....

N° C.A.F. : .....

A.A.H\* :  Oui  Non  Demande en cours

Représentant légal :  Oui  Non

Si oui :  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée

Nom de la personne ou organisme : .....

Adresse de la personne ou organisme : .....

.....

N° : ..... CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Nom de la personne en charge du suivi : .....

E-mail : .....

\* Allocations Adultes Handicapés

## 1° Composition familiale (Prière de remplir en lettres CAPITALES svp)

### Père :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Né le : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Etat civil :  Célibataire  Marié  Séparé  Divorcé  Concubinage

### Mère :

Nom : .....

Prénom (s) : .....

Née le : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Etat civil :  Célibataire  Mariée  Séparée  Divorcée  Concubinage

### Fratrnie :

	NOM	PRENOM	Né(e) le	Etat de santé
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

**2° Contexte familial :**

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

Les retours en famille sont-ils possibles?     Oui  Non

Si oui, chez qui ? .....

A quelle fréquence? .....

Assumez-vous les trajets des retours ?     Oui  Non

**3° Service social qui accompagne la famille**

Nom du service : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

Nom de la personne de contact: .....

Téléphone de la personne de contact : .....

E-mail de la personne de contact: .....

**4° Origine de la demande d'accueil**

Quelles sont les raisons et projets qui motivent la demande d'accueil?

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

Situation de la personne concernée :

Hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Nom établissement : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Hospitalisé(e)

Nom établissement : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Autres cas, précisez : .....

Nom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

## 5° Parcours institutionnel

Indiquez les noms et adresses des établissements fréquentés auparavant, en internat ou externat, en précisant les dates d'entrée et de sortie (y compris hôpital psychiatrique, hôpital de jour,...) ainsi que les motifs des changements.

Coordonnées de l'établissement	Type d'établissement	Périodes	Motifs de changements

## 6° Parcours scolaire

Indiquez les coordonnées des établissements fréquentés auparavant, en précisant les dates d'entrée et de sortie ainsi que les motifs des changements.

Coordonnées de l'établissement	Type d'établissement	Périodes	Motifs de changements


## 7° Parcours professionnel

Le (la) candidat(e) a-t-il suivi une **formation professionnelle**? Le cas échéant, dans quel domaine? A-t-il (elle) effectué des stages? Avec quels résultats?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) exercé une **activité professionnelle**? Dans quels domaines? Pourquoi a-t-il (elle) stoppé cette/ces activité(s)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Nom et prénom de la personne qui a complété ce dossier :*

.....

*En qualité de :*

.....

*Date et signature :*

.....

# B) Volet Pédagogique

Afin de dresser un bilan des compétences du (de la) candidat(e), nous vous prions de compléter les tableaux ci-après. Pour ce faire, il vous suffit de cocher la case correspondant au niveau d'autonomie de la personne et ce, pour chacun des items.

L'échelle d'efficiace proposée est graduée sur quatre échelons: du moins autonome (« non acquis ») au plus autonome (« seul(e) »). Les deux niveaux intermédiaires permettent de discriminer l'importance de l'accompagnement dont doit bénéficier le (la) candidat(e). « Accompagné(e) » signifiant la nécessité de l'aide constante d'un tiers, « supervisé(e) » souligne que l'accompagnement peut se limiter à des consignes.

Nom de la personne à accueillir: .....

Prénom de la personne à accueillir: .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## INDEPENDANCE

<b>1) HYGIENE CORPORELLE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Se laver au lavabo				
Se laver au bain				
Se laver sous la douche				
S'essuyer				
Se laver les cheveux				
Se rincer les cheveux				
Se sécher les cheveux				
Se laver les dents				
Se raser				
S'épiler				
Gérer les menstruations				
Connaitre son schéma corporel				
Apprécier son degré de propreté				

Remarque(s) : .....

<b>2) GESTION DE L'HABILLEMENT</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
S'habiller				
Se déshabiller				
Gérer sa tenue en fonction des conditions				
Identifier les vêtements et sous-vêtements souillés				

Changer régulièrement de sous-vêtements				
Se chauffer				
Se déchauffer				
Fixer les chaussures				
Prendre soin de sa présentation				
Apprécier l'esthétique des habits portés				

Remarque(s):.....

<b>3) TOILETTE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Gérer la propreté urinaire diurne				
Gérer la propreté sphinctérienne diurne				
Gérer la propreté urinaire nocturne				
Gérer la propreté sphinctérienne nocturne				

Remarque(s):.....

<b>4) REPAS</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
S'installer à table le temps du repas				
Accepter la nourriture liquide				
Accepter la nourriture semi-solide				
Accepter la nourriture solide (mâcher)				
Manger avec les doigts				
Utiliser la cuillère				
Utiliser la fourchette				
Utiliser le couteau				
Couper les aliments				
Eplucher les fruits avec les mains				
Eplucher les fruits avec un couvert				
Boire au gobelet (verre)				
Se servir dans les plats				
Se verser une boisson				
Passer les plats				
Gérer les quantités ingérées				

Remarque(s) :.....

<b>5) MOTRICITE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Se tenir assis				
Se tenir debout				
Marcher				
Se lever du lit				
Se coucher				
Se lever d'une chaise				

Se lever d'un fauteuil				
Monter les escaliers				
Descendre les escaliers				
S'accroupir				
Saisir un objet				
Ramasser un objet par terre				
Courir				
Utiliser le bras gauche				
Utiliser le bras droit				
Utiliser la jambe gauche				
Utiliser la jambe droite				
Pratiquer une activité physique seul				
Pratiquer une activité physique en groupe				

Remarque(s):.....

<b>6) DEPLACEMENT/ORIENTATION</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Situer et retrouver sa chambre				
Personnaliser son lieu de vie				
Aller et venir dans différents endroits connus				
Se rendre dans un endroit situé hors de l'institution				
Prendre un transport public				
Se repérer dans les principaux moments la journée				
Etre ponctuel aux repas				
Se situer à l'aide du tableau d'activités				

Remarque(s):.....

<b>7) ACTIVITES ECONOMIQUES</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Repérer les pièces				
Repérer les billets				
Evaluer l'argent				
Evaluer le coût approximatif de ses avoirs				
Effectuer des achats				
Epargner dans un but précis à court terme				
Epargner dans un but précis à long terme				
Gérer un budget alimentaire				
Gérer un budget vêture				

Remarque(s):.....

<b>8) SOINS A LA SANTE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Accepter sa médication				
Identifier sa médication				
Gérer sa médication				

Accepter les soins				
Accepter les consignes (régime, repos,...)				
Adapter ses conduites en fonction de son état				
Evaluer la dangerosité des situations				
Signaler une douleur				
Identifier son état de santé				

Remarque(s):.....

<b>9) GESTION DU SOMMEIL</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Se coucher le soir				
S'endormir				
Se réveiller le matin				
Se lever				
Passer des nuits paisibles (reposantes, réparatrices)				
S'octroyer un temps de repos (sieste)				

Remarque(s):.....

## **COMMUNICATION**

<b>1) EXPRESSION NON-VERBALE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Acquiescer				
Refuser				
Exprimer des émotions				
Exprimer des demandes				
Exprimer des besoins				
Exprimer un choix				

Remarque(s):.....

<b>2) EXPRESSION VERBALE</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Dire oui et non				
Dire des « mots-phrases »				
Associer quelques mots simples				
Formuler des phrases simples				
Formuler des phrases complexes				
Exprimer des demandes				
Exprimer des besoins				
Exprimer des émotions				

Remarque(s):.....

<b>3) COMPREHENSION</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Exécuter une consigne verbale simple				
Exécuter une consigne verbale complexe				
Exécuter une consigne écrite simple				
Exécuter une consigne écrite complexe				
Exécuter une consigne « pictographiée » simple				
Exécuter une consigne « pictographiée » complexe				

Remarque(s):.....

### **COMPETENCES DOMESTIQUES**

	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Faire son lit				
Ranger sa chambre				
Balayer ma chambre				
Nettoyer un local				
Entretenir son linge				
Préparer un repas				
Dresser la table				
Débarrasser la table				
Laver la vaisselle				
Essuyer la vaisselle				

Remarque(s):.....

### **GESTION DES TEMPS LIBRES**

	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Participer aux activités de loisirs				
Participer aux jeux en groupe				
S'occuper seul				
Pratiquer un hobby				

Remarque(s):.....

### **COMPETENCES COGNITIVES**

	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Lire des mots				
Lire des phrases simples				
Lire des phrases complexes				
Compter				

Connaître la succession des jours				
Connaître la succession des semaines				
Connaître la succession des mois				
Se repérer sur un calendrier				
Lire l'heure				

Remarque(s):.....

## **SOCIABILISATION**

	<b>Non acquis</b>	<b>Accompagné(e)</b>	<b>Supervisé(e)</b>	<b>Seul(e)</b>
Rechercher le contact par le regard				
Rechercher la relation par le geste				
Rechercher la relation par la parole				
Accepter la relation				
Soutenir la relation				
Intégrer un groupe de pairs				
Se différencier dans le groupe (statut, rôle,...)				
Soutenir une conversation				
Partager un jeu				
Gérer les frustrations				
Respecter le bien personnel				
Respecter le bien d'autrui				
Respecter les distances (bulle,...)				
Intégrer les interdits sociaux				
Respecter l'intimité				
Gérer son couple				
Gérer son humeur				
Se responsabiliser vis-à-vis d'actes commis				

Remarque(s):.....

**Merci de nous transmettre tout document (rapport, note,...) que vous jugeriez pertinent.**

*Nom de la personne qui a complété ce dossier :*

.....

*En qualité de :*

.....

*Date et signature :*

.....

# C) Volet MEDICAL

**Rappelez ici l'identité de la personne à héberger**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M/F .....

**1) PATHOLOGIE(S) A L'ORIGINE DU HANDICAP**

Pathologie principale à l'origine du handicap : ..... Code CIM : .....

***Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap :***

- Si accident, date : .....
  - Accident vie privée
  - Accident professionnel
- Liée à la naissance
- Anomalie chromosomique
- Malformation congénitale
- Complication de la grossesse
- Complication de l'accouchement
- Maladie, année d'apparition : .....
  - Maladie professionnelle
  - Origine génétique
  - Autre
- Origine inconnue

Date de l'apparition du handicap : .....

Pathologies associées (en lien avec le handicap) : ..... Code CIM : .....

**2) ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX**

**Description :** (*antécédents périnataux, âge de la mère à l'accouchement, procréation médicalement assistée, âge gestationnel, gémellité, multiparité, poids, taille, périmètre crânien à la naissance,...*) :

.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Anamnèse à la pathologie** (circonstance de survenue, bilan initial en cas de traumatisme, facteurs de gravité, évolution des troubles,...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3) DESCRIPTION CLINIQUE**

Taille : .....

Poids : .....

Main dominante (avant handicap) :  Droit     Gauche     Ambidextre

VISION		
<b>Acuité visuelle <u>AVEC</u> correction</b>		
De loin :	œil droit : .....	œil gauche : .....
De près :	œil droit : .....	œil gauche : .....
<b>Acuité visuelle <u>SANS</u> correction</b>		
De loin :	œil droit .....	œil gauche : .....
De près :	œil droit : .....	œil gauche : .....

Périmètre de marche :  supérieur à 200m     inférieur à 200m

AUDITION	
<b>Perte de l'acuité auditive <u>AVEC</u> correction</b>	
Oreille droite : .....	Oreille gauche : .....
<b>Perte de l'acuité auditive <u>SANS</u> correction</b>	
Oreille droite : .....	Oreille gauche : .....

Description clinique (en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel, ainsi que, le cas échéant, les résultats d'examens paracliniques significatifs) :

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

**4) SYMPTOMES**

Symptômes majorant les déficiences et incapacités (Préciser : retentissement psychologique, asthénie, fatigabilité, lenteur, douleur, spasticité, amaigrissement, œdèmes, troubles du transit, nausées, prurit, toux ou expectoration... préciser si ces symptômes sont dus au traitement) :

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

**5) EVOLUTION**

Durée prévisible des limitations fonctionnelles :

> 1 an       < 1 an

Préciser : .....

Tendance évolutive (appréciation globale) :

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation
- Incapacité fluctuante
- Risque vital

Récapitulatif des déficiences (les plus importantes ou ayant un retentissement en terme de limitations d'activité) :

	Déficiences 1	Déficiences 2
Déficiences intellectuelles et cognitives		
Déficiences du psychisme		
Déficiences auditives		
Déficiences du langage		
Déficiences visuelles		
Déficiences viscérales		
Déficiences motrices		
Autres déficiences		
Déficiência principale :		

**6) PRISE EN CHARGE**

Traitement régulier :  oui  
 non

Si oui, préciser la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance :

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

Prises en charge régulières :  oui  
 non

Si oui, préciser la nature, la fréquence :

- Consultations médicales régulières spécialisées ou non (préciser) : .....
- Hospitalisations itératives ou programmées (préciser) : .....
- Kinésithérapeute : .....

Infirmier: .....

Orthophoniste : .....

Psychologue : .....

Ergothérapeute: .....

Autre (préciser) : .....

Soins réguliers :  oui  
 non

*Si oui*, préciser les soins concernés (cutanés, urinaires et intestinaux, pulmonaires, circulatoires, orthopédiques, thermiques,...) et l'éventuel nécessité d'assurer une prévention (auto prévention, réalisée par un tiers, fréquences...):

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

**7) CONTRAINTES**

Existence de soins ou de traitements nocturnes :  oui  non

*Si oui*, préciser la nature et la fréquence : .....

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

Autres contraintes liées aux traitements ou aux soins :  oui  non

*Si oui*, préciser la nature et la fréquence : .....

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

Présence d'un appareillage :  oui  non

Si oui, précisions sur l'appareillage, son adaptation, sa tolérance, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser : .....

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

Contraintes alimentaires :  oui  non

Si oui, préciser : régime, alimentation adaptée... :

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

Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes (froid, chaleur, intempérie, humidité, poussière, foule, stress, agents infectieux,...) :  oui  non

si oui, préciser : .....

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

Conduites addictives : consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter,...) :

consommation       abus       intoxication

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

## 8) RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

### → *Compétences scolaires*

Le (la) candidat(e) est-il (elle) capable de :

Lire ?  oui       non

Si oui, quel est le niveau de lecture : .....

Ecrire ?  oui  non

Si oui, quel est le niveau d'écriture : .....

Compter ?  oui  non

Si oui, quel est le niveau de calcul : .....

Reconnaître et utiliser les pictogrammes ?  oui  non

**→ Capacités intellectuelles**

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) subi une évaluation de ses capacités intellectuelles ?

oui  non

Si oui, veuillez préciser :

La date de passation du test : .....

Le nom de l'outil d'examen : .....

Les coordonnées du psychologue : .....

Les résultats obtenus et commentaires éventuels : .....

**→ Examens projectifs**

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) subi un examen de la personnalité ?  oui  non

Si oui, veuillez préciser :

La date de passation du test : .....

Le nom de l'outil d'examen : .....

Les coordonnées du psychologue : .....

Les conclusions : .....

.....

.....

.....

.....

Nom et prénom du praticien qui a complété ce dossier :

.....

En qualité de :

.....

Date et signature :

.....