

# Dossier d'admission

1<sup>ère</sup> partie



**Centre Reine Fabiola**  
depuis 1963

455 rue de Neufvilles - B-7063 Neufvilles - Belgique  
Tél +32 (0)67 33 02 25 - Fax +32 (0)67 33 38 32  
**[www.centrefabiolabe.be](http://www.centrefabiolabe.be)**  
[direction@centrefabiolabe.be](mailto:direction@centrefabiolabe.be)

# L'accueil du Centre Reine Fabiola

**Il comprend quatre étapes principales :**

1. Dûment complété, le dossier d'admission est renvoyé au service social du Centre Reine Fabiola
2. Si la candidature est recevable, une première visite en vue de l'admission est organisée pour le/la bénéficiaire, sa famille et/ou les professionnels qui l'accompagnent.
3. Lorsque la décision d'admission est favorable, le service social du Centre Reine Fabiola demande à la famille ou aux professionnels concernés des renseignements complémentaires et plus précis sur la situation de la personne avec un handicap, ainsi que les documents relatifs à la prise en charge administrative du/de la bénéficiaire.
4. Une seconde visite sera programmée en vue de permettre à la personne avec un handicap de signer sa convention d'admission au Centre Reine Fabiola et d'effectuer les présentations avec l'équipe éducative chargée de l'accueillir.

# Dossier d'admission

1<sup>ère</sup> partie

Coller ici  
une photo récente

Compléter cette page en caractères imprimés

## I. Identification du(de la) candidat(e)

Nom/prénoms : .....

Nationalité : .....

Lieu et date de naissance : .....

Sexe : .....

Etat civil : .....

Adresse (domicile légal) : .....

.....

Téléphone : .....

Lieu de résidence (si différent du domicile légal) : .....

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Autre adresse de contact utile (tuteur, représentant légal, famille d'accueil, ...) : .....

.....

.....

## **II. Renseignements concernant la demande d'admission**

1. Demande d'admission émanant de (nom et coordonnées de la personne, de l'institution, de l'organisme, du service...) qui introduit la demande de placement.

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

2. Motifs de la demande d'admission

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

3. Situation actuelle du/de la candidat(e)

Milieus de vie : famille, institution, école

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

4. Parcours institutionnel du/de la candidat(e) : évocation chronologique

Dans toutes les catégories, préciser la dénomination de l'établissement, son adresse, la durée de fréquentation, les circonstances du changement.

Etablissements scolaires

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

Institutions de placement

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

Etablissements hospitaliers

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

Y a-t-il eu des séjours en hôpital psychiatrique ?  
Si oui, pour quelles raisons et pendant combien de temps ?

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

Autres particularités

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

5. Le(la) candidat(e) a-t-il (elle) suivi une formation professionnelle ? Dans quels domaines ? Des stages ont-ils été effectués ? Quelles en ont été les évaluations et résultats ? Quelles aptitudes ont-elles été acquises ?

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

6. Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) exercé une activité professionnelle ?

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

8. Principales activités actuelles du (de la) candidat(e) :

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

9. Comment le (la) candidat(e) envisage-t-il(elle) son admission au Centre Reine Fabiola ?

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

### **III. Contexte familial**

1. Quels ont été les éléments marquants et les événements familiaux majeurs de la vie du (de la) candidat(e) ?

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

2. Relations entre le (la) candidat(e) et sa famille

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

3. La décision d'introduire une demande d'admission a-t-elle été prise dans des circonstances familiales particulières ? Si oui, lesquelles ?

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

4. Comment envisagez-vous les relations entre la famille du (de la) candidat(e) et le Centre Reine Fabiola ?

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

5. Quelles sont les attentes de la famille et/ou du représentant légal du (de la) candidat(e) ?

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

6. Retours en famille : comment les envisagez-vous et à quelle fréquence ?

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

7. Comment percevez-vous les besoins du (de la) candidat(e) ?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Certaines options philosophiques et valeurs spirituelles ont-elles une importance particulière pour le (la) candidat(e) ? Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Comment envisagez-vous l'avenir du (de la ) candidat(e) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Sur quel point particulier souhaiteriez-vous attirer notre attention pour que nous puissions proposer au (à la) candidat(e) un accompagnement qui corresponde à sa situation particulière ?  
Comment mettre toutes les chances de notre côté pour que l'admission du (de la) candidat(e) réussisse ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Composition de famille

Lien de parenté	Nom	Prénom	Lieu et date de naissance	Nationalité	Etat civil	Profession	Adresse	Numéro de téléphone



## **IV. Handicap, comportement et personnalité**

1. Niveau du handicap : léger – modéré – sévère – profond - polyhandicap

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

2. Handicaps associés

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

3. Origine du handicap et circonstances de son apparition

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

4. Maladies génétiques

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

5. Autres maladies ou problèmes de santé particuliers

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

6. Un diagnostic psychiatrique a-t-il été posé ? Si oui, lequel ?

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

7. Le/la candidat(e) connaît-il (elle) des troubles graves du comportement ? Présente-t-il(elle) des comportements violents, difficiles, dangereux, délictueux ? Si oui, lesquels ?

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

8. Le/la candidat(e) est-il (elle) dépendant(e) par rapport à l'alcool ou à des drogues ?

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

9. Y a-t-il eu d'autres situations difficiles dans la vie du (de la) candidat(e) ? Si oui, lesquelles et dans quelles circonstances ?

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

10. Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) besoin d'une présence éducative constante à ses côtés ?

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

11. Autres éléments particuliers non évoqués ci-avant ?

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

12. Sphère relationnelle

Le/la candidat(e) a-t-il (elle) tendance :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> À être solitaire ?              | <input type="checkbox"/> À être timide ?        |
| <input type="checkbox"/> À aimer la compagnie ?          | <input type="checkbox"/> À être violent ?       |
| <input type="checkbox"/> À être en groupe ?              | <input type="checkbox"/> À être pacifique ?     |
| <input type="checkbox"/> À être gai(e) ?                 | <input type="checkbox"/> À être méthodique ?    |
| <input type="checkbox"/> À être triste ?                 | <input type="checkbox"/> À être désordonné(e) ? |
| <input type="checkbox"/> À être en colère ?              | <input type="checkbox"/> À être calme ?         |
| <input type="checkbox"/> À avoir peur ?                  | <input type="checkbox"/> À être angoissé(e) ?   |
| <input type="checkbox"/> À avoir confiance en lui/elle ? |   |

Autres tendances caractéristiques : ...

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les éléments qui pourraient le/la perturber ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Décrivez le comportement habituel du (de la ) candidat(e) :  
avec ses pairs (amis, compagnons, camarades) :

.....

.....

.....

.....

.....

vis-à-vis des adultes (hommes et femmes) :

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

au sein de sa famille :

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

autres :

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

14. Quels sont les centres d'intérêts du (de la) candidat(e) ? Décrivez-les.

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

15. Quelle conscience le (la) candidat(e) a-t-il(elle) de son handicap ?

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

16. Comment envisagez-vous la vie du (de la) candidat(e) dans une institution mixte ?  
Comment l'envisage-t-il(elle) lui(elle)-même ?

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

Le (la) candidat(e) :	Oui	Non	Avec l'aide d'une tierce personne
<b>Repas</b>			
Est capable de manger en utilisant ses couverts			
Est capable de préparer et cuisiner des repas simples			
Est capable d'effectuer de petites tâches sur demande (dresser la table, la débarrasser, faire la vaisselle)			
<b>Toilette</b>			
Est capable de se laver entièrement (dents, cheveux, corps)			
Prend en charge de façon spontanée sa propre hygiène.			
<b>Habillement</b>			
Est capable de s'habiller complètement			
Entretient sa garde-robe (changement régulier des vêtements, lessive)			
<b>Entretien</b>			
Est capable d'entretenir sa chambre			
<b>Santé</b>			
Est conscient(e) de son état de santé			
A le souci de sa santé			
Signale les troubles qu'il/elle ressent			
Accepte toujours les consignes nécessaires en matière de santé (prise de médicaments, soins divers)			
Souffre d'incontinence nocturne ou diurne			
<b>Mobilité - Déplacement</b>			
Est conscient(e) des dangers			
Se repère dans l'espace et dans le temps			
Est capable de se déplacer dans le voisinage en respectant les règles de sécurité			
Est capable de rouler à vélo ou à mobylette			
Est capable d'emprunter seul(e) les transports en commun			
<b>Expression verbale</b>			
Raconte les faits de manière cohérente			
Comprend et intègre les consignes simples			
S'exprime spontanément (en public, au téléphone)			
A ou a eu un suivi orthophonique (logopédique)			

Le (la) candidat(e) :	Oui	Non
<b>Acquis intellectuels :</b>		
<b>Notion des nombres :</b>		
Est capable de faire des opérations pratiques (additions, soustractions) jusque...		
Est capable de manipuler de l'argent (changer, remettre la monnaie, additionner sur une somme de ... Euros		
Est capable de gérer seul(e) un budget de ... Euros		
<b>Notion du temps :</b>		
Lit l'heure		
Se repère dans le temps (hier, aujourd'hui, demain)		
<b>Notions de lecture et d'écriture :</b>		
Lit quelques mots, un texte		
Ecrit son nom, son prénom de façon exacte		
Est capable de copier un texte		
Est capable de rédiger un texte		
<b>Sociabilité</b>		
Suit les consignes nécessaires à son activité et à sa vie quotidienne		
Adapte spontanément ses comportements aux règles sociales (notions du bien et du mal, savoir-vivre, respect des règles...)		
<b>Activité occupationnelle ou professionnelle</b>		
Est capable de s'occuper ou travailler.		
Dans quels domaines ?		
Seul(e) ou en équipe ?		
Combien de temps ?		
Connait la valeur du travail ou de l'occupation		
Comprend le lien entre travail et argent, entre occupation et argent de poche		
<b>Loisirs</b>		
Participe à des activités ou jeux collectifs		
Organise spontanément ses temps libres		

Renseignements fournis par .....

.....

En qualité de (parent, proche, professionnel..) : .....

.....

Date et signature .....

.....

Téléphone de contact .....

Adresse mail .....

GSM / Portable .....

A renvoyer au Centre Reine Fabiola  
Madame Léonce Casterman  
Responsable du service social  
455 rue de Neufvilles  
B-7063 Neufvilles  
Belgique  
Tél +32 (0)67 33 02 25  
Fax +32 (0)67 33 38 32  
[direction@centrereinefabiola.be](mailto:direction@centrereinefabiola.be)



**Centre Reine Fabiola**  
depuis 1963

# Dossier d'admission

2<sup>ème</sup> partie



**Centre Reine Fabiola**  
depuis 1963

455 rue de Neufvilles - B-7063 Neufvilles - Belgique  
Tél +32 (0)67 33 02 25 - Fax +32 (0)67 33 38 32  
**[www.centrefabiolabe.be](http://www.centrefabiolabe.be)**  
[direction@centrefabiolabe.be](mailto:direction@centrefabiolabe.be)



# Dossier d'admission

2<sup>ème</sup> partie

Compléter cette page en caractères imprimés.

Nom et prénom du (de la) bénéficiaire : .....

Nationalité : .....

Lieu/date de naissance : .....

Adresse (domicile légal) : .....

.....

.....

Tous les renseignements sollicités dans les pages qui suivent le sont à titre strictement confidentiel et n'ont d'autre but que de permettre aux équipes pluridisciplinaires du Centre Reine Fabiola d'assurer au mieux l'accompagnement du (de la) bénéficiaire.

Merci de la confiance qui est la vôtre.

**A renvoyer au Centre Reine Fabiola**

Léonce CASTERMAN

Service social

455 rue de Neufvilles

B - 7063 NEUFVILLES

Tél. : 067/33.02.25

Fax : 067/33.38.32

E-mail : [direction@crfneufvilles.org](mailto:direction@crfneufvilles.org)

## **I. Dossier médical**

*(à compléter par le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui suit le (la) bénéficiaire)*

Nom du (de la) bénéficiaire : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Renseignements confidentiels fournis en date du..... par : .....
Nom/Prénom : .....
Titre : .....
Adresse : .....
Tél. : .....

### **Etat général**

Taille, poids, T.A., ... ..

.....

.....

#### **Nature, origine et évolution du handicap**

Circonstances de la naissance, poids et taille de naissance, cyanose, souffrance. Handicap congénital, acquis par accident, maladie ou autre. Caractère évolutif ou non. Niveau de handicap : mental, psychomoteur...

.....

.....

.....

.....

**Affection de l'appareil locomoteur**

Localisation, degré d'incapacité fonctionnelle, étiologie, appareillage éventuel...

.....

.....

.....

.....

.....

**Orthopédie**

Crâne, colonne, fracture(s), suivi de kinésithérapie, béquilles, chaise roulante, semelles et/ou chaussures orthopédiques, ...

.....

.....

.....

.....

.....

**Affection sensorielle oculaire**

Etiologie, évolution, acuité visuelle après correction, exprimée en dixième à droite et à gauche, champ visuel, troubles associés, lunettes, prothèse...

.....

.....

.....

.....

.....

**Affection sensorielle auditive**

Etiologie, surdité de transmission ou de perception, audiométrie   droite et   gauche, appareillage, troubles associés...

.....

.....

.....

.....

.....

**Troubles du langage**

Parole perturbée, mutité, r ducation logopédique ou orthophonique...

.....

.....

.....

.....

.....

**Appareil endocrinien et ganglionnaire**

Diabète, thyro ide, régime alimentaire particulier...

.....

.....

.....

.....

.....

**Appareil digestif**

Diarrhée, constipation, encoprésie, hépatite (immunité ?)...

.....

.....

.....

.....

.....

**Etat dentaire**

Dentition correcte, soins à effectuer, à terminer, port de prothèse (type ?)...

.....

.....

.....

.....

.....

**Appareil cardio-vasculaire**

Maladie cardiaque, malformation, troubles circulatoires...

.....

.....

.....

.....

.....

**Appareil respiratoire**

Troubles pulmonaires, sinusite, angine, bronchite, tuberculose, tabagisme, asthme, allergie...

.....

.....

.....

.....

.....

**Appareil génito-urinaire**

Anomalie, énurésie, contraception, grossesse...

.....

.....

.....

.....

.....

**Dermatologie**

Maladie, allergie, suivi particulier...

.....

.....

.....

.....

.....

**Vaccinations**

DATES + RAPPELS

D.T.P. ....

Polio ....

Tétanos ....

Hépatite A ....

Hépatite B ....

Grippe ....

BCG ....

**Interventions chirurgicales**

Type, date...

.....

.....

.....

.....

.....

**Antécédents familiaux éventuels**

Diabète, migraines, asthme, allergie, cancer, troubles thyroïdiens, handicap mental, troubles psychiatriques, dépression, suicide, alcoolisme, tabagisme, obésité...

.....

.....

.....

.....

.....

**Affection neurologique**

Etiologie, nature des troubles, paralysie, amyotrophie, réflexes, méningite, encéphalite, convulsions, épilepsie, crises comitiales (type, fréquence et circonstances de leur apparition)...

.....

.....

.....

.....

.....

**Affection psychiatrique**

Etat névrotique, psychotique, déficitaire, autre. Forme, évolution, troubles associés éventuels, troubles caractériels, importance du versant déficitaire, niveau intellectuel...

.....

.....

.....

.....

.....

**Troubles psychopathologiques**

Traitements antérieurs, hospitalisations...

.....

.....

.....

.....

**Autres affections**

Etiologie, nature des troubles, signes associés...

.....

.....

.....

.....

.....

**Médication quotidienne**

Produits	Quantité matin	Quantité midi	Quantité soir	Quantité coucher

**Conclusions**

Au niveau somatique

.....

.....

.....

.....

.....



Au niveau neuropsychiatrique

.....

.....

.....

.....

.....

**A joindre :**

- Une biologie récente complète reprenant : hématologie, glycémie, ionogramme, bilan lipidique, tests thyroïdiens, tests hépatiques, examen d'urines, groupe sanguin, état d'immunité contre l'hépatite B.
- Une cardiographie récente du thorax (face et profil).
- Un certificat de contraception (pour les jeunes femmes).
- Tout document médical spécifique au handicap et à l'état de santé (EEG, examens diagnostics tels que caryotype ou scan, rapport récent du spécialiste, radiographie spécifique...).

**IMPORTANT**

**Si le (la) bénéficiaire doit prendre une médication, il est indispensable de lui fournir une provision d'au moins dix jours, lors de son entrée effective dans l'institution.**

## **II. Dossier psychologique**

Nom du (de la) bénéficiaire : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Renseignements confidentiels fournis en date du ..... par : .....

Nom/prénom : .....

Titre : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Pour compléter le dossier du (de la) bénéficiaire, nous vous remercions de nous fournir les documents suivants :

- un bilan psychologique complet ;
- un rapport de comportement ;
- les observations cliniques ;
- les protocoles des différents tests effectués (Q.I., test de personnalité tel que le Rorschach, T.A.T., test de frustration de Rosenzweig, etc).
- toute autre donnée psychologique utile.

**III. Dossier administratif** *(Pour les personnes de nationalité française)*

Nom du (de la) bénéficiaire : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Renseignements fournis en date du ..... Par .....
Nom/prénom : .....
Lien de parenté ou fonction : .....
Adresse : .....
Tél. : ..... GSM : .....
Adresse mail : .....

**Statut juridique**

Aucune mesure

Tutelle\*

Décision du Tribunal de .....

Date de la décision : .....

Décision valable jusqu'au : .....

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

*\* joindre une copie du jugement*

Curatelle\*

Décision du Tribunal de : .....

Date de la décision : .....

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

Aide à l'Enfance

Nom de l'éducateur de référence : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

## **Organisme de prise en charge**

Aide sociale du Département de : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Nom de la personne de référence : .....

N° de dossier : .....

MDPH de : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Nom de la personne de référence : .....

*\* joindre une copie du jugement*

N° de dossier : .....

Date de la dernière décision : .....

Décision : .....

## **Avantages sociaux**

Carte d'invalidité/ carte de mobilité inclusion (stationnement, ...) : .....

Numéro : .....

Date : .....

Pourcentage reconnu : .....

Echéance : .....

Allocation aux Adultes Handicapés : .....

Caisse d'allocations familiales de : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Numéro de matricule : .....

Montant de l'AAH : .....

Date d'échéance – notification MDPH : .....

Code d'accès : .....

Allocation d'éducation : .....

Caisse d'allocations familiales de : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Numéro du dossier : .....

Montant : .....

Sécurité sociale : .....

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de : .....

Code : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Numéro d'immatriculation : .....

Nom du titulaire : .....

### **Mutuelle**

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Numéro d'adhérent : .....

Nom du titulaire : .....

Date d'inscription : .....

### **Carte d'identité**

Numéro de la carte : .....

Adresse y figurant : .....

#### **Documents à fournir lors de la visite de préparation à l'admission**

1. La carte d'invalidité/ carte de mobilité inclusion
2. Le livret militaire
3. La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CPAM)
4. Une copie de la notification MDPH décidant de l'octroi de l'AAH, de la carte de mobilité/ d'invalidité/ du placement, ...
5. Une copie de la carte mutualiste
6. Huit photos d'identité

#### **Documents à fournir lors de l'admission**

- La carte d'identité
- La carte vitale et l'attestation de tiers payant



**Centre Reine Fabiola**  
depuis 1963

A renvoyer au Centre Reine Fabiola  
Madame Léonce Casterman  
Responsable du service social  
455 rue de Neufvilles  
B-7063 Neufvilles  
Belgique  
Tél +32 (0)67 33 02 25  
Fax +32 (0)67 33 38 32  
[direction@centrereinefabiola.be](mailto:direction@centrereinefabiola.be)