

# Dossier d'admission

BE



**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.centrereinefabiola.be](http://www.centrereinefabiola.be)**  
[direction@centrereinefabiola.be](mailto:direction@centrereinefabiola.be)



# L'accueil du Centre Reine Fabiola

Le présent dossier d'admission nous permet d'avoir une première vision de la situation rencontrée par la personne en situation de handicap, candidate à rejoindre le Centre Reine Fabiola.

Il va permettre à la direction pédagogique de se positionner sur la possibilité ou non d'offrir au candidat un accompagnement adapté.

Il est donc important et primordial qu'il soit rempli avec le plus de précision possible.

Il vous est également recommandé d'y annexer tous documents utiles (rapport pédagogique, psychologique, médical, etc...).

Si vous souhaitez obtenir un soutien pour le compléter, Madame Isabelle STOCMAN se tient à votre entière disposition soit par téléphone au +32/67 79 48 92, soit sur rendez-vous en présentiel ou même par visio-conférence.

Madame STOCMAN est votre personne de contact.

Elle vous accompagne durant toute la procédure d'admission qui se déroule comme suit :

- Le dossier d'admission, une fois rempli et complété, sera examiné afin d'évaluer la possibilité pour le Centre d'offrir un accompagnement de qualité à la personne candidate. Vous êtes informés de la réponse sans délai.
- Dans le cas d'un accord, une visite des infrastructures est organisée, durant laquelle le candidat est amené à rencontrer un psychologue, une infirmière et un assistant social. Il s'agit pour ces professionnels de mieux appréhender encore le candidat en vue de l'orienter dans la structure.
- Un retour de ces entretiens et visites est réalisé auprès de la direction pédagogique. Cette dernière prend alors la décision de l'orientation dans la structure d'accueil correspondant au besoin du candidat. Elle prend aussi les premières mesures en vue de faciliter son arrivée et son intégration au Centre.
- Une fois les démarches administratives finalisées, une date peut être fixée pour l'accueil de notre nouveau résident.

Nous espérons que ces précisions ont pu vous être utiles et restons à votre entière disposition.

Le service d'accompagnement et de soutien social et administratif

# Dossier d'admission

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,...) : .....

.....

.....

Convictions philosophiques & religieuses : .....

.....

## II. Contextualisation de 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 ? Si oui, laquelle ?

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

8. 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 ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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

1. Handicap : léger – modéré – sévère – profond - polyhandicap

.....

.....

.....

2. Handicaps associés

.....

.....

.....

3. Origine du handicap et circonstances de son apparition

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

5. Maladies génétiques ou autres .....

.....

.....

.....

6. Problèmes de santé particuliers

.....

.....

.....

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

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

10. Autres éléments particuliers non évoqués ci-avant ?

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

### 11. Personnalité

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 ?

.....

.....

.....

.....

.....

12. 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 :

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

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

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

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

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

15. 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		

## **V. 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).
- 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 1 mois, lors de son entrée effective dans l'institution + 2 ordonnances couvrant les 2 mois suivants.**

Hôpital psychiatrique de référence

.....

.....

## **VI. Dossier administratif** *(Pour les personnes de nationalité belge)*

Nom du (de la) bénéficiaire : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° registre national : .....

Renseignements fournis en date du ..... Par .....

Nom/prénom : .....

Lien de parenté ou fonction : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... GSM : .....

Adresse mail : .....

### **Statut juridique**

- Aucune mesure
- Administration des Biens
- Administration de la Personne
- Administration de la Personne et des Biens

Décision du Tribunal de .....

Date de la décision : .....

Nom de l'administrateur : .....

*\* joindre une copie du jugement*

Administrateur des biens\*/de la personne (à préciser)

Nom	Adresse	Depuis le

### Employeurs éventuels précédents

Nom	Adresse	Date d'entrée	Date de sortie

*\* joindre une copie du jugement*

## **Avantages sociaux**

### Allocations familiales

Caisse (dénomination) : .....

Adresse : .....

N° d'affiliation : .....

Nature de l'allocation : ordinaire / invalide / majorée de handicapé / orphelin

Nom de l'attributaire : .....

Allocations versées à : .....

Montant : .....

Pourcentage de handicap reconnu (joindre une attestation SVP) : .....

Si le (la) bénéficiaire ne perçoit pas d'allocations familiales, quelle en est la raison ?

.....

.....

#### **A joindre :**

- Une attestation précisant le pourcentage de handicap reconnu.
- Une photocopie de la dernière preuve de paiement.

### Allocations d'intégration et/ou de remplacement (Direction Générale, Personnes Handicapées)

La demande a été introduite en date du .....

à l'Administration communale de .....

N° de dossier : .....

N° de matricule : .....

Décision : .....

Allocations versées à : .....

Montant : .....

**A joindre :**

- Une copie de la décision.
- Une photocopie de la dernière preuve de paiement.

**Autres allocations**

Dénomination et adresse de l'organisme : .....

.....

.....

Type : .....

Montant : .....

**Mutuelle**

Organisme assureur : .....

Adresse : .....

.....

N° d'inscription : .....

Statut : .....

La personne bénéficie-t-elle d'indemnités : oui / non

Si, oui, de quel montant : .....

**A joindre :**

- Des vignettes

AVIQ

N° d'inscription .....

Bureau régional de .....

**A joindre :**

- Une copie de la décision

Chômage

Caisse : .....

Inscription depuis le : .....

Montant de l'allocation : .....

Remarques : .....

**A joindre :**

- Une copie de la dernière preuve de paiement

Assurances éventuelles

**Responsabilité Civile (Obligatoire)**

Société : .....

N° police : .....

Adresse : .....

Tél.: .....

**Assurance Hospitalisation (Facultative)**

Société : .....

N° police : .....

Adresse : .....

Tél.: .....

Pourcentage de handicap

A-t-il été fixé ? oui / non

Si oui, nom de l'organisme : .....

Taux reconnu : .....

## **Revenus**

Le (la) bénéficiaire ne dispose d'aucune ressource

Le (la) bénéficiaire perçoit les ressources suivantes :

- Salaire, montant : .....
- Allocations familiales, montant : .....
- Allocation d'intégration, montant : .....
- Allocation de remplacement, montant : .....
- Indemnités de mutuelle, montant : .....
- Indemnités de chômage, montant : .....
- Intervention du CPAS, montant : .....

Autres ressources .....

.....

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  
Service Admission  
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