



Service résidentiel pour adultes (SRA 191)
Service d'accueil de jour pour adultes (SAJA 332)
Service résidentiel de nuit pour adultes (SARN 027)
Service résidentiel pour jeunes (SRJ 189)
Service de logements supervisés (SLS 476)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION ASBL Maison Saint-Edouard

1. Renseignements Administratifs :

Bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse (domicile):

Numéro de registre national :

Responsable légal – Administrateur - Avocat

Nom :

Prénom :

Statut (parent, frère, soeur, tuteur d'état, etc.) :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Email :



Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Emploi :

Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Emploi :

Fratricie :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Parcours institutionnel :

NOM DE L'ETABLISSEMENT	PERIODE



Obligations selon les rites religieux/ culturels :

OUI – NON, lesquels.....

Présence de service(s) extérieur(s) dans la situation ? Si oui, le(s)quel(s) :

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

Motif(s) de la demande :

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



Mutuelle :

Nom de l'organisme assureur :.....

Coordonnées :.....

+ collez ici une vignette de mutuelle

Assurance complémentaire éventuelle :

.....
.....

Allocations familiales

Nom de la Caisse :.....

Adresse :.....

N° dossier :.....

Montant mensuel perçu :.....

Allocations handicap :

N° dossier :.....

Date de validité de la reconnaissance :.....

Montant mensuel perçu :.....

AViQ :

N° dossier :.....

Bureau régional :.....

Catégorie de handicap :



2. Renseignements psychologiques :

Retard mental : léger – modéré – sévère - profond

QI :

Pathologie associée (autisme, trisomie,...) :

Diagnostiqué par :

En quelle année :

Origine du handicap :

Comportements inadéquats :

- **Anxiété** : oui – non

Précisez :

- **Irritabilité** : oui – non

Précisez :

- **Humeur dépressive** : oui – non

Précisez :

- **Agitation** : oui – non

Précisez:

- **Auto-agressivité** : oui – non

Précisez:

- **Agressivité** : oui – non

Précisez :

- **Intolérance à la frustration** : oui – non

Précisez:

- **Hallucinations** : oui – non

Précisez :

- **TOCs** : : oui – non

Précisez :

- **Sexualité** (se masturbe en public, recherche de contacts sexuels, etc.) : oui – non

Précisez :

- **Troubles alimentaires** (anorexie, boulimie, ingestion d'objets non-comestibles, sélectivité excessive, potomanie, sujet aux fausses routes,...) : : oui – non

Précisez :

- **Intolérance au bruit** : oui - non

Précisez :

- **Peur, phobie** : oui – non

Précisez :

Si oui, objet(s) ou comportement(s) qui rassure(nt) :

.....

Moyen(s) utilisé(s) pour faire face aux troubles du comportement ?

.....

.....

.....

Sphère relationnelle :

Traits de personnalité principaux :

.....

.....

.....

.....

Décrivez le comportement habituel :

avec les pairs :

.....

avec l'adulte (relation à l'autorité, respect des règles,...):

.....

avec la famille :

.....

Y a-t-il eu des événements récents et/ou anciens ayant eu un impact important (positif ou négatif) sur la personne ?

.....

.....

.....

Réaction face aux changements/ facultés d'adaptation :

.....

.....

Forces et compétences de la personne :

.....

.....

Habitudes ou rituels à respecter :

.....

.....

Capacité à s'occuper seul :

.....

.....

3. Comportements et autonomie :

	oui	non
Forme de communication		
Verbale	☐	☐
Capable de formuler : - quelques mots	☐	☐
- phrase simple	☐	☐
Non verbal	☐	☐
Cris/sons/ gestes/code	☐	☐
Niveau de compréhension: mots	☐	☐
consignes		
simples	☐	☐

Autres méthodes (Makaton, Sésame, pictogrammes,):

Décrivez :

.....

Autonomie	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
1) l'hygiène :					
Sait se laver	☐	☐	☐	☐	☐
Sait se sécher	☐	☐	☐	☐	☐
Sait s'habiller	☐	☐	☐	☐	☐
Sait se déshabiller	☐	☐	☐	☐	☐
Sait se brosser les dents	☐	☐	☐	☐	☐
Sait se rendre aux toilettes	☐	☐	☐	☐	☐
Sait s'essuyer aux toilettes	☐	☐	☐	☐	☐
Porte une couche jour et nuit	☐	☐	☐	☐	☐
Porte une couche la nuit	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

.....

.....

2) Les déplacements :	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
-Marche					
Sait marcher plus de 30 minutes	☐	☐	☐	☐	☐
Sait monter les escaliers sans aide	☐	☐	☐	☐	☐
Sait descendre les escaliers sans aide	☐	☐	☐	☐	☐
-Orientation spatiale					
Dans un grand espace	☐	☐	☐	☐	☐

Dans un petit espace	☐	☐	☐	☐	☐
Désorienté(e)	☐	☐	☐	☐	☐

-A l'extérieur

Conscience du danger	☐	☐	☐	☐	☐
Reste près de l'adulte	☐	☐	☐	☐	☐
Tendance à fuguer	☐	☐	☐	☐	☐
Aborde les étrangers facilement	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
3) les repas :					
Utilise une fourchette	☐	☐	☐	☐	☐
Utilise un couteau	☐	☐	☐	☐	☐
Coupe sa viande	☐	☐	☐	☐	☐
Se verse à boire	☐	☐	☐	☐	☐
Participation à la vaisselle	☐	☐	☐	☐	☐
Dresser une table	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation spécifique	☐	☐	☐	☐	☐

Laquelle :

Durée d'un repas

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
4) les acquis :					
Sait lire	☐	☐	☐	☐	☐
Sait écrire	☐	☐	☐	☐	☐
Sait compter	☐	☐	☐	☐	☐
Sait lire l'heure	☐	☐	☐	☐	☐
Applique une consigne simple	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
5) Le sommeil					
Problème d'endormissement	☐	☐	☐	☐	☐
Agitation nocturne (se lève, crie,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Besoin d'interventions durant la nuit	☐	☐	☐	☐	☐
Besoin d'une sieste durant la journée	☐	☐	☐	☐	☐
Heure de coucher habituelle.....					

Heure de lever habituelle.....

Rituels.....

Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes, centre d'intérêts....

Jeux ou jouets préféré :

Activités habituelles :

Contact avec les animaux :

Contact avec l'eau :

Vie quotidienne en collectivité

Comment gérer ses objets personnels ?.....

Quel est le dernier établissement scolaire fréquenté ?

.....

Quel type ?.....

A raison de combien d'heures par semaine ?.....



4. Renseignements médicaux (à faire remplir et signer par un médecin):

1) antécédents familiaux :

Père :

Mère :

Fratric :

.....

Autre :

2) Poids :

Taille :

3) diagnostic principal (motivant la demande) :

.....

.....

4) description détaillée de la déficience :

.....

.....

.....

5) étiologie :

.....

.....

.....

6) antécédents médico-chirurgicaux :

.....

.....

.....

7) Dysfonctionnements des différents systèmes :

a) Tube digestif :

.....

b) Appareil uro-génital :

.....

c) Appareil locomoteur :

.....

d) Appareil cardio-vasculaire :

.....

e) Appareil pleuro-pulmonaire :

.....

f) Système nerveux :

.....

g) Affections cutanées :

.....

h) Organes sensoriels :

.....

8) Evolution médicale :

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

9) Vaccinations (joindre une copie de la carte de vaccinations):

* Diphtérie, coqueluche, tétanos : OUI – NON

* Polio : OUI – NON

* Rougeole, rubéole, oreillons : OUI - NON

* Hépatite A : OUI – NON

* Hépatite B : OUI – NON



* Méningite : OUI – NON

* HIB : OUI – NON

* Autre(s) vaccination(s) :

10) Allergies médicamenteuses:

.....
.....

11) Allergies alimentaires ou autres:

.....
.....

12) Traitement médical en cours :

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

13) Autres traitements (kiné, logo,...) :

.....
.....

14) Spécialistes référents (ATTENTION, joindre les derniers rapports des spécialistes consultés):

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

Fait à

le.....

Signature + cachet :