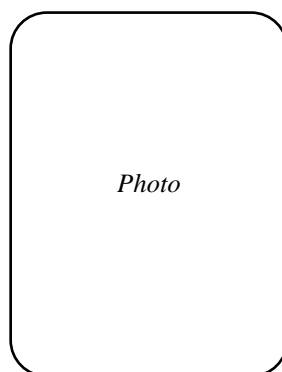


DOSSIER DE CANDIDATURE



Rue d'Esquermes 5 7603 BONSECOURS Belgique

admission@ebgs.eu



Date de réception du dossier	
-------------------------------------	--

Numéro du dossier	
--------------------------	--

Nom	
------------	--

Prénom	
---------------	--

MOTIF DE LA DEMANDE :
--

Demande d'admission pour :

- IMP L'ESPERANDERIE ➤ Candidats de 4 à 20 ans
- FO LE BERCAIL ➤ Candidats de sexe féminin au-delà de 20 ans orientation FO
- FO LE GAI SEJOUR ➤ Candidats de sexe masculin au-delà de 20 ans orientation FO

Prière de remplir ce dossier dans son intégralité, lisiblement et le plus précisément possible.

Candidat :

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Pays : _____

Nationalité* : _____

* Important pour les candidats (hors CEE) de plus de 18 ans qui doivent OBLIGATOIREMENT
bénéficier de la nationalité française pour être admis au Bercaïl ou au Gai Séjour !

Adresse complète du domicile légal du candidat :

Adresse complète du lieu de résidence effectif du candidat :

_____Situation familiale du candidat : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)**Responsable légal :**

Nom : _____

Prénom : _____

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

Profession : _____

Adresse complète du responsable légal :

T. fixe : _____ T. portable : _____ T. professionnel : _____

Email : _____

Mère :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Adresse complète du domicile légal :

Adresse complète si lieu de résidence différent du domicile légal :

T. fixe : _____ T. portable : _____ T. professionnel : _____

Email : _____

Père :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Adresse complète du domicile légal :

Adresse complète si lieu de résidence différent du domicile légal :

T. fixe : _____ T. portable : _____ T. professionnel : _____

Email : _____

Situation des parents : Mariés Pacsés Concubinage Divorcés Séparés

Personne(s) ressource(s) : Famille d'accueil Autre

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète :

T. fixe : _____ T. portable : _____

Email : _____

Fratricie :

Nom - Prénom	Né(e) le	Etat de Santé
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Maison Départementale des Personnes Handicapées :

N° de Dossier MDPH : _____

Orientations Indiquées par la M.D.P.H : (Pour chaque orientation en cours de validité, indiquez la nature, la date de décision et la date de fin de validité)

(Veuillez joindre la photocopie de chaque notification d'orientation par la M.D.P.H)

Service social qui suit la famille :

Service : _____

Adresse : _____

Nom du gestionnaire du dossier : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Pièce d'identité du candidat :Le candidat dispose-t-il d'une carte d'identité ? oui / non d'un passeport ? oui / non

Validité : du -----/-----/----- au -----/-----/-----

(Veuillez joindre la photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité)

VOLET III - PARCOURS DU CANDIDAT DEPUIS SA NAISSANCE

Depuis la naissance du candidat, pour chaque période de la vie, indiquez les événements importants, les lieux de vie, les établissements et les écoles successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.

Si la page proposée n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre.

a) Evénements importants :

b) Lieux de vie :	
En famille	du ___/___/___ au ___/___/___
	du ___/___/___ au ___/___/___
En famille d'accueil	du ___/___/___ au ___/___/___
	du ___/___/___ au ___/___/___

c) En établissement :		
Lieu	Période	Type d'accompagnement
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	

d) Ecole :		
Lieu	Période	Type d'enseignement
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	
	du ___/___/___ au ___/___/___	

Cochez l'item qui correspond aux capacités réelles du candidat.

Autonomie / dépendance physique**Hygiène**

- Se lave seul, sans aucune aide
- Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide pour laver certaines parties du corps
- N'est pas capable de se laver seul, mais collabore lors de la toilette
- N'est pas capable de se laver seul et reste passif

Habillage / Déshabillage

- S'habille et se déshabille sans aucune aide
- S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance verbale
- Nécessite une aide partielle pour s'habiller et se déshabiller (fermer les boutons, nouer les lacets, etc.)
- N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul, mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul et reste passif

Continence

- Continence complète
- Continence sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence fréquente nocturne
- Aucun contrôle des sphincters
- Encoprésie
- Utilise le papier hygiénique

S'asseoir et se relever

- Se lève et s'assoit seul
- Se lève et s'assoit seul dans un siège adapté (accoudoirs, etc.)
- Se lève et s'assoit avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Se lever et se coucher

- Se lève et se couche seul
- Se lève et se couche seul dans un lit adapté
- Précisez : _____
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Mobilité

- Se déplace seul
- Se déplace seul mais avec difficultés (nécessité d'un appui : canne, tribune, appareillage, etc.)
- Précisez : _____
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Se déplace seul, en fauteuil roulant
- Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne
- Monte les escaliers seul
- Monte les escaliers avec aide
- Court
- Roule à bicyclette, tricycle
- Nage

Autonomie / dépendance psycho-cognitive

Expression verbale

- S'exprime oralement sans difficulté
- S'exprime oralement avec quelques difficultés
- S'exprime oralement avec difficultés (difficultés importantes pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le candidat)
- S'exprime très difficilement (impossibilité pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le candidat)
- Pas d'accès au langage

Expression non verbale

- S'exprime par gestes
- S'exprime par mimiques
- Utilise une méthode alternative de communication (PECS, LSF, ...)
- Pas d'accès au langage non verbal

Compréhension

- Comprend une consigne verbale simple
- Comprend une consigne verbale complexe
- Comprend une consigne écrite simple
- Comprend une consigne écrite complexe
- Comprend une consigne « pictographiée » simple
- Comprend une consigne « pictographiée » complexe
- Ne comprend aucune consigne

Langue maternelle :

- Français
- Autre. Précisez : _____

Sommeil

- Prend l'initiative d'aller se coucher
- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Présente des troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés
- Présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers
- Se réveille seul le matin
- S'octroie un temps de sieste

Soins à la santé

- Accepte sa médication
- Identifie sa médication
- Gère sa médication
- Accepte les soins
- Accepte les consignes (régime, repos, ...)
- Adapte ses conduites en fonction de son état
- Évalue la dangerosité des situations
- Signale une douleur
- Identifie son état de santé

Humeur

- Humeur stable
- Jovial Déprimé et triste Repli et inhibition

Précisez : _____

- Humeur fluctuante

Précisez : _____

Orientation temporelle

- Se repère correctement dans le temps (jour, mois, année)
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports visuels
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de rituels
- Se repère difficilement dans le temps, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans le temps

Orientation spatiale

- Se repère correctement dans l'espace
- Se repère correctement dans un lieu qu'il connaît
- Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels
- Se repère difficilement dans l'espace, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans l'espace

Compétences scolaires et professionnelles

Quel est son quotient intellectuel ? _____

En quelle année a-t-il été évalué ? _____ Avec quel outil ? _____

Par qui ? _____

- Sait lire
Niveau : _____
- Sait écrire
Niveau : _____
- Sait compter
Niveau : _____
- Est scolarisé A été scolarisé
 A temps plein A temps partiel
 Ecole ordinaire CLIS ULIS Autre, précisez : _____
- Accompagné par une AVS
- A suivi une formation professionnelle
Précisez : _____

Autonomie / dépendance sociale et relationnelle

Activités domestiques

- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fait son lit | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Range sa chambre | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Balaie ou nettoie un local | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Dresse la table | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Débarrasse la table | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Lave la vaisselle | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Essuie la vaisselle | <input type="checkbox"/> Accompagné | <input type="checkbox"/> Supervisé | <input type="checkbox"/> Seul |

Loisirs et temps libre

- Est capable de s'occuper seul
- Est capable de s'occuper seul sur sollicitation
- Est incapable de s'occuper

Loisirs habituels : _____

Activités économiques

- Sait gérer l'argent
- Sait effectuer des achats

Aisance relationnelle

- Entre facilement en relation avec d'autres personnes
 - Entre en relation uniquement avec des personnes connues
 - Présente des difficultés relationnelles importantes
- Précisez :

- Evite tout contact avec d'autres personnes

Comportements à risques

Agressivité

La personne présente-elle des comportements agressifs ? Non / Oui

Type d'agressivité	Fréquence	Intensité	Facteurs déclenchants
<input type="checkbox"/> Auto-agressivité			
<input type="checkbox"/> Hétéro-agressivité			
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale			
<input type="checkbox"/> Sur l'environnement			

Décrivez comment se manifestent ces comportements :

Sexualité

La personne présente-t-elle des comportements sexuels inadéquats ?
Non / Oui

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Utilise un langage obscène
- Se masturbe en public
- Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel à d'autres personnes
- Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation
- Tente d'avoir ou a des relations sexuelles avec des partenaires non consentants
- Autres comportements sexuels socialement inadéquats. Précisez :

Fugues

La personne est-elle sujette à des fugues ?

Non / Oui

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

Précisions éventuelles (type de risques, fréquences, événements déclencheurs, etc.) :

Conduites addictives

La personne présente-t-elle des conduites addictives ?

Non / Oui

Si oui veuillez compléter le tableau suivant :

Conduite addictive	Quantité consommée
<input type="checkbox"/> Tabac	
<input type="checkbox"/> Alcool	

Remarques éventuelles :

Conduites de mise en danger

La personne présente-t-elle des conduites de mise en danger ?

Non / Oui

Si oui, précisez (lesquelles, la fréquence, la gravité, etc.) :

Cochez l'item correspondant aux capacités réelles du candidat

Alimentation - boisson▪ *Capacités à s'alimenter*

- S'alimente seul
- S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- S'alimente avec une aide partielle quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- N'est pas capable de s'alimenter seul
- Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

▪ *Capacités à s'hydrater*

- Boit seul
- Boit seul avec l'utilisation d'aides techniques (poire de Bonneau, biberon, «canard», cuillère, etc.)
- Boit avec une aide partielle quotidienne (lui placer le récipient entre les mains, le stimuler oralement, ...)
- N'est pas capable de boire seul
- Boisson orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

▪ *Goûts de la personne*

Quelles sont les goûts alimentaires du candidat ?

Aime :

N'aime pas :

▪ *Textures modifiées*

La texture des aliments doit-elle être modifiée pour l'alimentation du candidat ?

Cochez la texture préconisée pour le candidat

- « Manger entier » (la personne sait couper seule, pas d'adaptation)
- « Manger coupé » (le plat est présenté coupé en morceaux)
- « Manger haché » (la viande est hachée uniquement)
- « Manger mouliné » (= comme une purée)
- « Manger mixé » (= lisse comme un produit laitier)

La texture des liquides doit-elle être épaissie pour l'hydratation du candidat ?

Non / Oui

Une installation au repas spécifique est-elle préconisée pour le candidat ?

Non / Oui, laquelle :

Régime

- Diabétique
- Sans sel
- Sans déchet
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Autres, précisez :

Cas particuliers :

Allergies (gluten, lactose, œuf, poisson, arachide, fraise, kiwi, ...) : Non / Oui

Précisez, s'il y a lieu, l'aliment au sein d'une même famille qui est incriminé :

Quelles sont les types de réaction ? Cochez :

- Eruption cutanée Boutons Gonflement Autre réaction cutanée
- Diarrhées Ballonnements Coliques Autre trouble intestinal
- Autres réactions, précisez :

Conduites alimentaires à risques

Le candidat présente-t-il des conduites alimentaires perturbées ?

Non / Oui

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Anorexie
- Boulimie
- Potomanie
- Ingestion d'objets ou substances non comestibles (PICA)
- Autres : _____

Le candidat a-t-il des antécédents de fausses déglutitions ?

Non / Oui

Actuellement, présente-t-il des fausses déglutitions ?

Non / Oui

Si oui, à quelle fréquence ? _____

Conséquences ? _____

VOLET VI - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / PARAMÉDICAUX

A faire remplir uniquement par un professionnel de santé

➤ **Patient :**

Nom : _____

Prénom : _____

DN : ___/___/___ Sexe : M F Contraception : Non / Oui

Taille : _____ cm Poids : _____ kg TA : _____ / _____ mmHg FC : _____ bpm

Groupe sanguin : _____

➤ **Diagnostic principal :**

➤ **Origine du handicap :**

➤ **Traitement actuel**

▪ **Traitement médicamenteux :**

- Traitement régulier : Non / Oui

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

Nom et dosage du médicament	Posologie				
	A jeun	matin	midi	soir	coucher

Médicaments d'exception (médicaments dont la prescription est initiée en milieu hospitalier, dont le prix est très élevé et qui sont utilisés dans une indication précise) :

- Epilepsie

L'intéressé(e) a-t-il (elle) eu des convulsions durant l'enfance ? Non / Oui

Si oui, à quelle époque ?

Comment se manifestaient ces crises ?

Y a-t-il eu un traitement ? Non / Oui

Si oui, détaillez :

Une épilepsie est-elle constatée à ce jour ? Non / Oui

Si oui, de quel type ?

Est-elle traitée ? Non / Oui _____

Est-elle stabilisée ? Non / Oui _____

- Allergie(s) médicamenteuses : Non / Oui

Si **OUI**, précisez :

Réactions :

▪ **Prises en charge :**

Prises en charge régulières : Non / Oui

Si oui, précisez la nature, la fréquence :

Consultations médicales régulières spécialisées ou non :

Précisez : _____

Hospitalisations itératives ou programmées :

Précisez : _____

Kinésithérapeute : _____

Infirmier : _____

Logopède / orthophoniste : _____

Psychologue : _____

Ergothérapeute : _____

Autre. Précisez : _____

Soins réguliers : Non / Oui

Si oui, précisez les soins concernés (cutanés, urinaires et intestinaux, pulmonaires, circulatoires, orthopédiques, thermiques,...) et l'éventuelle nécessité d'assurer une prévention (auto prévention, réalisée par un tiers, fréquence ...) : _____

➤ **Déficiência principale et déficiences associées**

▪ **Déficiência Principale** (1 seul choix possible). La déficiência principale est celle qui apparaît la plus invalidante.

Déficiência intellectuelle

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental modéré
- Retard mental léger

Déficiência du psychisme

- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiência due à des troubles psychiatriques graves
- Autre déficiência du psychisme
Précisez : _____

Trouble du langage et de la parole. Précisez lequel :

Déficiência auditive. Précisez laquelle :

Port d'un appareil auditif : toujours parfois jamais

Le candidat le supporte-t-il ? Non / Oui

Déficiência visuelle. Précisez laquelle :

Port de lunettes : toujours parfois jamais

Le candidat les supporte-t-il ? Non / Oui

Trouble(s) locomoteur(s). Précisez le(s)quel(s) :

Polyhandicap (déficiência mentale grave associée à une déficiência motrice importante) :

Plurihandicap (associe plusieurs déficiences de même gravité) :

▪ **Déficience de la sphère digestive**

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit :

▪ **Déficience de la fonction urinaire**

Troubles de l'élimination : _____

Dialyse : Non / Oui Fréquence hebdomadaire : _____

Greffe : Non / Oui Date ___ / ___ / _____

Tolérance : _____

▪ **Déficience métabolique, enzymatique**

Type de diabète, obésité, nanisme, etc. : _____

▪ **Déficience du système immunitaire et hématopoïétique**

▪ **Déficience de l'appareil locomoteur**

Précisez la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés :

Précisez l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

▪ **Pathologie de la fonction cardio-respiratoire**

Signes fonctionnels : _____

Signes de décompensation cardiaque : _____

Assistance respiratoire éventuelle : _____

Greffe : Non / Oui Date __ / __ / ____ Tolérance : _____

▪ **Autres déficiences. Précisez :**

➤ **Allergies et intolérances**

Allergies et intolérances : Non / Oui / Non connu
(Si oui, préciser l'allergène et le type de réaction)

➤ **Vaccinations (joindre le carnet de vaccination, si existant)**

Type	Date dernier rappel
-	
-	
-	
-	
-	
-	

➤ **Dentition**

Bénéficie-t-il (elle) d'une bonne dentition ? Non / Oui

Est-il (elle) suivi(e) régulièrement par un dentiste ? Non / Oui

Précisez éventuellement l'adresse et le téléphone du dentiste :

Date et résultat du dernier contrôle dentaire :

➤ *Antécédents personnels*

Antécédents médicaux : (Préciser date de diagnostic si connue)

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Antécédents chirurgicaux : (Préciser date de l'intervention si connue)

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Hospitalisations :

<i>Date</i>	<i>Lieu</i>	<i>Objet</i>
-		
-		
-		
-		
-		

Interventions chirurgicales à prévoir :

Remarques :

Résultats d'examens réalisés récemment :

A) **Rayons-x**

- Nature de l'examen réalisé – Résultats – Etablissement

B) **Prise de sang**

Groupe sanguin : _____

Le candidat dispose-t-il d'une carte ? Non / Oui

Date du dernier bilan sanguin ? Le ____ / ____ / 20____

Était-il normal ? Oui / Non, précisez : _____

Pour information, la carte de groupe sanguin est nécessaire en cas d'admission.

C) **Encéphalogramme**

- Date de l'examen – Résultats - Nom du médecin

Analyse d'urines

- Date de l'examen – Résultat

D) Analyse du liquide céphalo-rachidien (Ponction lombaire)

- Date de l'examen - Résultat

Les renseignements médicaux sont complétés par _____

En qualité de _____

Date : _____ Cachet :

Signature :

- **Pour finaliser l'inscription sur liste d'attente, les résultats d'un bilan sanguin récent devront être transmis dans un délai d'un mois à réception de notre courrier de recevabilité.**
- **Lors de l'admission, seront exigés :**
 - **Un résultat de prise de sang datant de moins de deux mois, avec paramètres généraux :**
 - hématologie,
 - ionogramme,
 - glycémie,
 - fonction rénale,
 - fonction hépatique,
 - fonction thyroïdienne,
 - ...
 - **Une sérologie hépatite B :**
 - Si sujet non vacciné : dosage antigènes HBS et anticorps HBC.
 - Si sujet vacciné : dosage anticorps HBS.
 - **Une sérologie H.I.V. et hépatite C.**
 - **Un certificat médical de non contagion :**
 - qui devra être daté de moins de 10 jours avant l'admission définitive.
 - **Une autorisation de soins.**
 - **Une copie du carnet de santé.**

ATTENTION : PAS D'ADMISSION SANS CES DONNÉES.

VOLET VII. RECUEIL DES ATTENTES ET BESOINS DU CANDIDAT

(Ou de son responsable légal si le résident ne peut les exprimer seul)

Besoins

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

Attentes

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

Retours famille

Notre établissement organise des retours en famille un week-end sur trois et lors de certains congés scolaires selon un calendrier pré-établi.

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal
<input type="checkbox"/> un week-end sur trois. <input type="checkbox"/> congés scolaires selon calendrier pré-établi.	<input type="checkbox"/> un week-end sur trois. <input type="checkbox"/> congés scolaires selon calendrier pré-établi.

Visites médiatisées

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal
<input type="checkbox"/> selon calendrier pré-établi.	<input type="checkbox"/> selon calendrier pré-établi.

Contre-indications éventuelles

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

Attestation

Je, soussigné(e), Me, Melle, Mr : _____

agissant en tant que _____

atteste sur l'honneur l'exactitude et la véracité des éléments repris dans le dossier de candidature

de _____

Toute information volontairement occultée ou déformée pourra remettre en question la décision finale quant à la recevabilité du dossier.

Recopier la formule « lu et approuvé »

Date :

Signature :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de nos structures d'accueil ?
