

**Date :**



**Accueil d'adultes porteurs de handicaps**

*Agréée AVIQ*

**Service d'accueil de jour pour adultes**

**Service résidentiel pour adultes**

**17, Faubourg d'Arival**

**6760 Virton**

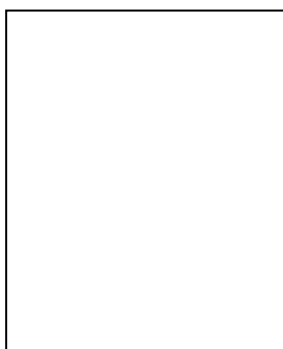
Tél. : 063/58 89 00

Fax : 063/57 79 42

E-mail : [administration@fdavidiris.be](mailto:administration@fdavidiris.be)

# Dossier de candidature

**Photo**



## FICHE ADMINISTRATIVE

- Hébergement (Virton)
- Service d'Accueil de Jour pour Adultes (Châtillon)
- Centre de Jour (Virton)
- Les Cailloux Blancs (Mellier)

### **Coordonnées**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Nationalité : .....

### **Mesure de protection**

Administration de biens - Administration de la personne - Tutelle - Aucune

### **Coordonnées du représentant légal**

Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec la personne :  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

### **Famille**

<b><u>Père</u></b>	<b><u>Mère</u></b>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Née le :
Profession :	Profession :
Etat civil :	Etat civil :
Autre conjoint :	Autre conjoint :
Mail :	Mail :

Les parents sont-ils séparés ? oui-non

Si oui, depuis quand ? .....

Quel lien la personne entretient-elle avec ses parents ?

.....

### **Fratric**

Nom-Prénom	Date de naissance	Situation	Rapport relationnel


**Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Qualité : Tuteur    Curateur    Père    Mère    Autres  
 Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
 Téléphone professionnel : .....  
 Adresse mail : .....

**Pour la Belgique**

**AVIQ**

N° de dossier : .....  
 Décision valable du ..... au .....  
 Catégorie : .....

**Mutuelle**

N° affiliation : .....  
 Coordonnées de la mutuelle : .....  
 .....

**Pour la France**

**MDPH**

N° de dossier : ..... Département : .....  
 Date d'attribution : ..... Jusqu'au : .....

**Organisme assureur**

N° de Sécurité sociale : .....  
 Adresse de la CPAM : .....  
 Mutuelle : OUI – NON    Nom : .....  
 N° allocataire de la CAF : .....  
 Adresse : .....

**Lieu d'hébergement actuel**

- Famille :
- Foyer :
- Autre :

**Personne/Service qui demande le placement** : .....

**Raison pour laquelle le placement est demandé** :

.....

**Y-a-t-il des personnes qui seraient contre le placement ? Pourquoi ?**

.....  
.....

**Quelles sont vos attentes par rapport au placement ?**

.....  
.....

**Parcours scolaire et/ou professionnel**

Etablissement	Dates	Observations

**Vie quotidienne**

Comment se passe la vie de famille avec la personne ?

.....  
.....

Comment se passent les relations avec son entourage ?

.....  
.....

La personne a-t-elle / a-t-elle eu une vie amoureuse ?

.....

La personne a-t-elle d'autres personnes de son entourage qui sont importantes pour elle ?

.....

**Diagnostic du handicap — Etat de santé général**

Enoncé du handicap : .....

Origine du Trouble/Déficiência/Handicap : .....

Poids : ..... Taille : .....

Groupe sanguin : .....

La personne est    O droitère            O gauche            O non latéralisée

Contraception : .....

Déficiência sensorielle : .....

Prothèses auditives : oui - non

Lunettes : oui - non

Appareil dentaire : oui - non

Chaussures ou semelles orthopédiques : oui - non

**Fournir un bilan intellectuel ainsi que tous les documents en rapport avec le diagnostic**

**Epilepsie :**

Oui-Non

Fréquence des crises : .....

Elément déclencheur : .....

Médication : .....

**Diabète :**

Oui-Non

Quel type ? .....

Régime éventuel : .....

**Autres problèmes médicaux :**

.....  
.....

**Fumeur** : Oui-Non

**Médication :**

La médication doit-elle être administrée à la personne d'une façon particulière ?

.....

**Posologie – Indiquer le nom des médicaments en IMPRIME**

Médication	Matin	Midi	Soir	Coucher	Date de début du traitement / Motif

**Vaccinations**

Tétanos : oui-non / date : ..... date de rappel : .....

Hépatite : oui-non / date : ..... date de rappel : .....

Tuberculose : oui-non/ date : ..... date de rappel : .....

**Allergies éventuelles** : .....

**Implants/PaceMakers/Autres** :

.....

**Coordonnées du médecin traitant** : .....

.....

**La personne peut-elle pratiquer un sport ?** oui-non

Peut-on prodiguer les soins nécessaires en cas d'urgence (transfusion, réanimation, ) ?

.....

## Suivis spécialisés

Spécialisation	Spécialiste	Service	Dernière consultation	Prochaine consultation
Cardiologie				
Neurologie				
Gastro-entérologie				
Gynécologie				
Urologie				
Dermatologie				
O.R.L.				
Ophtalmologie				
Orthopédie				
Dentisterie				
Physiothérapie				
Psychiatrie				
Psychologie				
Logopédie				
Kinésithérapie				
Ergothérapie				
Pédicurie				
Autre				

## FICHE COMPORTEMENTALE

### Hygiène

La personne s'habille            O seule            O avec aide

Habilleme nt, chaussures, lacets.....  
.....  
.....  
.....

Possède-t-elle des aides techniques à l'habillage ? .....

La personne se déshabille            O seule            O avec aide

A besoin d'aide pour faire sa toilette    O oui    O non    O un peu

Explications :.....  
.....  
.....

Quelles sont ses habitudes ?    O bain            O douche            O évier

Lavage des dents, rasage, maquillage :.....  
.....

La personne constate-t-elle que ses vêtements ne sont pas propres et agit-elle en conséquence ?  
.....

A-t-elle tendance à avoir :    O froid            O chaud

La personne a-t-elle besoin d'aide pour aller à la toilette ?

Enurésie : Oui-Non

Son comportement par rapport à cette situation :

.....

Encoprésie : Oui-Non

Son comportement par rapport à cette situation :

.....

La personne est :            O continente            O incontinente

   O Jour                    O Jour

   O Nuit                    O Nuit



## **Repas**

La personne a-t-elle des préférences (quels sont ses goûts) ?

.....  
.....

La personne doit-elle suivre un régime particulier ?

.....

Certains aliments ou boissons sont-ils déconseillés ?

.....  
.....

La personne a-t-elle bon appétit ?

.....

La personne gère-t-elle la quantité de ses repas ?

.....

La personne a-t-elle des problèmes de digestion ?

.....

Doit-on surveiller son hydratation ?

.....

Faut-il l'aider pour les repas ?     Oui     Non

Comment ?

.....

Ustensiles ou appareils adaptés :

.....

Positionnement :

.....

Texture des aliments : normal – mouliné – lisse – sonde gastrostomie

.....

Température des aliments : reconnaît quand trop chaud ou froid ?

.....

La personne présente-t-elle des fausses déglutitions ?     oui     non

A quelle fréquence ?

.....

La personne présente-t-elle des épisodes de bronchite ou pneumonie de manière régulière ?

.....

## **Sommeil**

Heure d'endormissement : en semaine : ..... Le week-end : .....

Heure du lever : en semaine ..... Le week-end : .....

Qualité du sommeil : .....

La personne utilise-t-elle une literie adaptée ? ..... De quel type ? .....

Positionnement : .....

## **Orientation et déplacements**

La personne se déplace :     avec aide     seule  
    à l'intérieur     à l'extérieur, sur quelle distance ? .....  
    utilise une aide : laquelle ? .....

A-t-elle un bon équilibre ? oui – non

La personne sait-elle descendre les marches ? oui – non  
.....

La personne a-t-elle des repères temporels (lire l'heure, repère dans la journée (repas...)) ?  
.....

La personne sait-elle se repérer dans l'espace à l'intérieur des bâtiments ?  
.....

La personne sait-elle se repérer dans l'espace à l'extérieur des bâtiments ?  
.....

Connait-elle les règles de sécurité routière, est-elle capable de traverser seule une route ?  
.....

## **Communication**

Expression :

La personne utilise-t-elle la     communication verbale     non verbale

La personne utilise-t-elle une aide technique à la communication ?  tablette     pictogrammes

Autre : .....

Compréhension :

Oui-Non

Phrases simples – gestes- autre : .....

**Informations comportementales**

La personne est-elle le plus souvent d’humeur O joyeuse O triste O instable

Est-elle persévérante et motivée dans ses activités ? Qu’apprécie-t-elle ?

.....  
.....

Quelles sont les activités qu’elle n’apprécie pas ? .....

Quelles sont ses relations sociales avec les autres personnes ? Respect des autres, conscience des autres, nature solitaire, sociable ? .....

.....

Quelles sont ses relations sociales avec les éducateurs ? Respect des autres, conscience des autres .....

.....

Comment réagit-elle aux remarques, aux directives ? Acceptation – refus – soumission

.....

La personne a-t-elle le sens du danger ?

.....

La personne est-elle émotive ?

.....

.....

A-t-elle des peurs particulières ? bruit, ....

.....

.....

A-t-elle des stéréotypes, des rites ?

.....

.....

Comment exprime-t-elle la douleur ?

.....  
.....  
Comment exprime-t-elle sa joie ?

.....  
.....  
Comment exprime-t-elle son mécontentement ?

.....  
.....  
Peut-elle se montrer agressive verbalement, physiquement ?

.....  
.....  
Dans quelle situation ?

.....  
.....  
De quelle manière l'équipe éducative doit- elle procéder pour apaiser la personne ?

**Apprentissages scolaires**

- Lecture :
- Couleurs :
- Symboles : (pictogrammes usuels. Ex : WC)
- Ecriture :
- Calcul :
- Notion d'argent : (reconnaître les billets, maniement de l'argent et budget)

**Activités et tâches de la vie quotidienne**

**Travaux de ménage**

Nettoyage, vaisselle, rangement, prise d'initiative, .....

**Travaux manuels**

Peinture, jardinage, bois, bricolages, .....

**Activités à l'extérieur de la maison : loisirs et autres, sports**

.....  
.....

## **Remarques éventuelles concernant la personne**

### **Documents à joindre au dossier de candidature**

- Notification MDPH en cours de validité (pour la France)
- Notification de l'AVIQ en cours de validité (pour la Belgique)
- Rapport institutionnel si la personne se trouve actuellement en institution

**Le dossier de candidature ne sera analysé qu'après avoir obtenu l'ensemble des documents demandés ci-dessus.**