**Agréée AVIQ**

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

**Service résidentiel pour adultes**

**17, Faubourg d’Arival**

**6760 Virton**

Tél. : 063/58 89 00

E-mail : administration@fdavidiris.be

**NOM** :………………………………………………………………

**Prénom** : ………………………………………………………….

**Date de naissance** : ………………………………………….

**Adresse** : …………………………………………………………

………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………..

**Coordonnées du représentant légal (nom, adresse, téléphone, GSM, email + lien de parenté :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Lieu de vie actuel (institution, famille, …) + NOM de la personne de contact :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Handicap (+ catégorie) :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Pouvez-vous fournir un bilan d’accompagnement d’une ancienne institution.

**A quel service vous adressez-vous ?**

* Service d’Accueil de Jour pour Adultes (SAJA) (Châtillon)
* Centre de Jour (Virton)
* Service Résidentiel pour Adultes (Virton)
* Les Cailloux Blancs (Mellier)

**Motivation de la demande:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quel est le profil/niveau d’autonomie de la personne ? (Hygiène, communication, déplacement, …)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Est-ce que la personne peut avoir des comportements violents envers elle-même ou les autres ? (verbal, physique, …)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quels sont les besoins de la personne ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Médication/Traitement ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Suite à la mise en place du Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD) :

Je marque mon accord pour que l’ensemble des informations remises à l’ASBL Le Fourneau David-Les Iris pour une demande d’inscription sur la liste d’attente soient conservées et utilisées par le service dans ce cadre strict et éventuellement pour une transmission de ces données à l’AVIQ (obligation légale).

 Date + signature