DOSSIER DE CANDIDATURE

Documents à renvoyer complétés.

Par courrier

 Notre Village, accueil résidentiel et de jour – service social
 rue Sart Moulin, 1
 1421 Ophain (Belgique)

Par mail

 Mme Valérie Chenut / Mme Vanessa Dehelt
 candidatures.beneficiaires@notrevillage1.be | +32 (0)2 386 07 11

Via le formulaire de contact sur le site [www.notrevillage1.be/admissions](http://www.notrevillage1.be/admissions)

Dossier de M./Mme:
Complété le : par :
Objet de la demande:

Motivation de la demande :

 De la personne demandeuse

 Du / de la candidat.e

## Données administratives

Identité du/de la candidat.e

|  |  |
| --- | --- |
| Civilité | [ ]  M. [ ]  Mme  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Lieu de naissance |  |
| Domicile |  |
| N° de registre national |  |
| Etat civil | [ ]  célibataire [ ]  cohabitant.e légal.e [ ]  marié.e [ ]  divorcé.e |
| Nationalité |  |

Responsable juridique

|  |  |
| --- | --- |
| Statut juridique | [ ]  capable [ ]  sous statut d’administration des biens[ ]  sous statut d'administration des biens et de la personne  |
| Civilité | [ ]  M. [ ]  Mme  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse  |  |
| Lien de parenté  |  |
| Téléphone / GSM |  |
| E-mail |  |

Personne de contact

|  |  |
| --- | --- |
| Civilité | [ ]  M. [ ]  Mme  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse  |  |
| Lien de parenté  |  |
| Téléphone / GSM |  |
| E-mail |  |

Autre contact

|  |  |
| --- | --- |
| Civilité | [ ]  M. [ ]  Mme  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse  |  |
| Lien de parenté  |  |
| Téléphone / GSM |  |
| E-mail |  |

## Données d’accompagnement

### Handicap principal

### Pathologie(s) associée(s)

### Autonomie dans la vie quotidienne

#### Mobilité, déplacements

Se déplace seul.e avec aisance [ ]  Oui [ ]  Non

Est capable de monter les escaliers [ ]  Oui [ ]  Non

Se déplace avec l'aide d'un support [ ]  Oui [ ]  Non
(canne, tribune, voiturette, autres)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Seul | Aide verbale | Aide manuelle partielle | Aide totale |
| Hygiène personnelle |  |  |  |  |
| Habillement |  |  |  |  |
| Alimentation |  |  |  |  |

#### Repas

Normaux [ ]  Oui [ ]  Non

Mixés [ ]  Oui [ ]  Non

Coupés [ ]  Oui [ ]  Non

#### Boissons

Normales [ ]  Oui [ ]  Non

Epaissies [ ]  Oui [ ]  Non

#### Autonomie, besoins spécifiques

Se rend seul.e aux toilettes [ ]  Oui [ ]  Non

A besoin d'aide aux toilettes [ ]  Oui [ ]  Non

Utilise des protections contre l'incontinence (jour) [ ]  Oui [ ]  Non

Utilise des protections contre l'incontinence (nuit) [ ]  Oui [ ]  Non

Utilise des protections contre l'incontinence (jour et nuit) [ ]  Oui [ ]  Non

#### Sommeil

Qualité du sommeil

Besoin d’une présence de nuit [ ]  Oui [ ]  Non

Besoin de repos en journée [ ]  Oui [ ]  Non

### Adaptations éventuelles

### Remarques

### Communication

* Communication orale possible : [ ]  Oui [ ]  Non

Discours clair et structuré [ ]  Oui [ ]  Non

Phrases courtes, vocabulaire restreint [ ]  Oui [ ]  Non

Mots uniquement [ ]  Oui [ ]  Non

Cris, sons, regards [ ]  Oui [ ]  Non

* Utilisation d’un moyen de communication alternatif : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, lequel / lesquels ?

* Précision sur les moyens utilisés pour exprimer des besoins élémentaires (faim, soif, douleurs)
* Lecture [ ]  Oui [ ]  Non
* Écriture [ ]  Oui [ ]  Non
* Remarques

### Vie sociale & Loisirs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Seul.e | Aide verbale | Aide manuelle partielle | Aide totale |
| S’occuper seul.e |  |  |  |  |
| Se situer dans le temps |  |  |  |  |
| Se situer dans l’espace |  |  |  |  |

### Centres d’intérêt

* Activités artistiques  [ ]  Oui [ ]  Non
* Activités sportives [ ]  Oui [ ]  Non
* Activités manuelles [ ]  Oui [ ]  Non
* Activités collectives [ ]  Oui [ ]  Non
* Activité(s) préférée(s)

* Activité(s) à éviter

* Sensibilité au bruit [ ]  Oui [ ]  Non

Remarques

### Comportements & relations

* Expérience de vie de groupe [ ]  Oui [ ]  Non
* Relations avec ses paires
* Relations avec les accompagnant.es
* Relations affectives
* Situations qui peuvent mettre en difficulté
* Comportement(s) auxquels il faut faire attention

### Soins de santé

* Présence d’allergie(s) ou d’intolérance(s) [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez :

* État psychique actuel (angoisses phobie, dépression, anxiété…)

* Présence d’assuétudes (tabac, alcool, drogue, jeux…)

* Soins infirmiers [ ]  Oui [ ]  Non
* Traitements médicamenteux [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, médication prises [ ]  Seul [ ]  Avec aide [ ]  Refus

## Données sociales

Merci de bien vouloir décrire le parcours, avec si possible, mention des lieux et dates

#### Renseignements familiaux

Quelle est la composition actuelle de la famille ?

Quels sont les événements marquants de son histoire personnelle et de son
vécu familial ?

Autres aspects de sa vie que vous souhaitez partager

#### Parcours scolaire, institutionnel & professionnel

Parcours scolaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dates | Nom de l’établissement | Diplômes obtenus |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dernièr établissement fréquenté et données de contact

Parcours institutionnel

|  |  |
| --- | --- |
| Dates | Nom de l’institution |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Dernière institution fréquentée et données de contact

Parcours professionnel

|  |  |
| --- | --- |
| Dates | Lieux de travail |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Autres informations que vous estimez importantes de nous communiquer