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](mailto: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