**Formulaire de demande d’inscription :**

**Ce formulaire nous permet de récolter les informations utiles dans le cadre de l’analyse de votre demande d’admission. Toutes les informations transmises sont confidentielles et ne sont utilisées qu’en interne du centre d’activités de jour.**

**Date de la demande : Complété par :**

1. **ADMINISTRATIF**
2. **Identité de la personne concernée**

Nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :

N° inscription national : \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Domicile légal :

Lieu de vie (si différent du domicile légal) :

Inscription Service PHARE (n° de dossier) :

Statut Juridique : (veuillez entourer la mention correspondante) :

**Mineure -** **Pas de mesure de protection – Minorité prolongée – Protection judiciaire pour la gestion des biens et des droits individuels – Protection visant la gestion des biens.**

Veuillez joindre à ce formulaire, toutes copies à votre disposition concernant la décision (formulaire PHARE, décision du juge …)

1. **Identité du ou des responsable(s) légal(aux)**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Profession :

Lien de parenté (s’il y a lieu) :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Profession :

Lien de parenté (s’il y a lieu) :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Commentaires ou remarques :

1. **ETIOLOGIE DU HANDICAP**

Type de handicap :

Qui a posé le diagnostic (nom et date) :

Déficience intellectuelle (veuillez entourer la mention correspondante) : Légère – Modérée – Sévère – Profonde

La déficience a-t-elle été évaluée par des tests psychologiques ?

Si oui, date et quotient intellectuel (QI) :

Trouble(s) associé(s) (veuillez mettre une croix ainsi que vos commentaires dans la ou les cases correspondantes) :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commentaires |
| Trouble moteur |  |
| Trouble sensoriel |  |
| Trouble psychologique |  |
| Trouble du comportement |  |
| Autres / Remarques |  |

La personne est-elle suivie par un médecin traitant ? OUI / NON

Nom et coordonnées du médecin

La personne est-elle suivie par un médecin spécialiste ? OUI / NON

Nom et coordonnées du médecin / de l’hôpital

La personne a-t-elle une médication ? OUI / NON

La personne est-elle vaccinée contre le COVID / la GRIPPE / l’HEPATITE a et/ou B ?

Commentaires ou remarques concernant le handicap et l’aspect médical:

1. **SITUATION ACTUELLE**

En journée, la personne est :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom et adresse | Depuis quand ? | Contact | Autres remarques |
| A l’école |  |  |  |  |
| En centre de jour |  |  |  |  |
| En hébergement |  |  |  |  |
| Au Domicile |  |  |  |  |
| Centre de loisirs et d’accompagnement (centre sportif, vacances encadrées, scout …..) |  |  |  |  |
| Autres (grands-parents, travail ….) |  |  |  |  |

NB : Dans le cas d’une admission possible en cours d’année scolaire, seriez-vous d’accord d’interrompre la scolarité de votre enfant ou préfériez-vous qu’il termine l’année scolaire en cours ?

Commentaires ou remarques :

1. **LIBRE**

Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser cet espace pour nous présenter votre enfant, frère/sœur, neveu/nièce (…), votre situation ou encore vos souhaits et vos attentes quant à son éventuelle admission en centre d’activités de jour.

MODALITÉS ET PROCÉDURE D’ADMISSION

Après vérification de votre demande, le centre de jour « La Forestière » s’engage à vous faire un retour. Il y a alors 2 possibilités :

- Votre demande ne sera pas traitée car elle ne répond pas aux conditions d’admission. La décision vous sera alors explicitée dans les plus brefs délais par mail ou par téléphone.

- Votre demande répond aux critères et sera traitée selon la procédure d’admission propre à notre centre dans un délai indéterminé. Ceci débouchera sur des entretiens plus approfondis lors de rencontres au centre et à domicile et des périodes d’essais à programmer en cas de poursuite de la procédure.

**Centre d’activités de jour « La Forestière » ASBL**

**Adresse** : 100, Rue de l’été. 1050 Ixelles

**Téléphone** : 02.649 25 45

**Personne de contact** : Pierre Alexandre Hanin, Assistant Social.

**Mail :** [pierre-alexandre.hanin@forestiere.be](mailto:pierre-alexandre.hanin@forestiere.be)