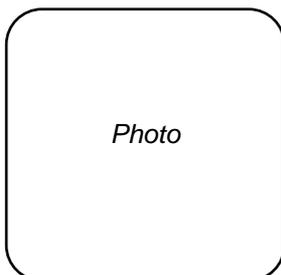


DOSSIER DE CANDIDATURE



Espéranderie-Bercail-Gai Séjour

Rue d'Esquermes,5 7603 BON-SECOURS (Péruwelz) Belgique
(00 32) 69 67 26 10 admission@ebgs.eu



Date de réception du dossier	
------------------------------	--

Numéro du dossier	
-------------------	--

Nom	
-----	--

Prénom	
--------	--

MOTIF DE LA DEMANDE :

Demande d'admission en* :

**renseignement rempli par nos services.*

- ASBL L'ESPERANDERIE
 - Service Résidentiel pour Jeunes (SRJ) : candidats de 4 à 20 ans
 - Service Résidentiel pour Adultes (SRA) : candidats au-delà de 20 ans relevant d'un profil MAS FAM FV
- FO LE BERCAIL
 - Candidats au-delà de 20 ans orientation FO
- FO LE GAI SEJOUR
 - Candidats au-delà de 20 ans orientation FO

Protection des Données à Caractère Personnel :

Ce document et le traitement des données qui en résulte est conforme au Règlement européen UE 2019/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, ainsi que toutes les dispositions légales, décrétales ou réglementaires belges prises en conformité avec ce Règlement.

Prière de compléter ce dossier dans son intégralité, lisiblement et le plus précisément possible.

A la fin de ce dossier, vous trouverez également des annexes, à savoir :

- Politique de confidentialité ;
- Droit à l'image.

VOLET I – IDENTITE ET ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Candidat :

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Pays : _____

Nationalité : _____

***Important pour les candidats (hors CEE) de plus de 18 ans qui doivent OBLIGATOIREMENT
bénéficier de la nationalité française pour être admis au Bercaïl ou au Gai Séjour !***

Adresse complète du domicile légal du candidat :

Adresse complète du lieu de résidence effectif du candidat :

Situation familiale du candidat : Célibataire Marié(e) Pacsés Séparé(e) Veuf(ve)

Responsable légal :

Nom : _____

Prénom : _____

Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, etc.) : _____

Profession : _____

Adresse complète du responsable légal :

T. fixe : _____ T. portable : _____

T. professionnel : _____

Email : _____

Mère :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Etat de santé : _____

Adresse complète du domicile légal :

Adresse complète si lieu de résidence différent du domicile légal :

T. Fixe : _____ T. portable : _____

T. professionnel : _____

Email : _____

Père :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Etat de santé : _____

Adresse complète du domicile légal :

Adresse complète si lieu de résidence différent du domicile légal :

T. Fixe : _____ T. portable : _____

T. professionnel : _____

Email : _____

Situation des parents : Mariés Pacsés Concubinage Divorcés Séparés Veuf(ve)

Personne(s) ressource(s) : Famille d'accueil Autre

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète :

T. fixe : _____ T.portable : _____

Email : _____

Fratrie :		
Nom – Prénom	Né(e) le	Etat de Santé
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

VOLET II – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Maison Départementale des Personnes Handicapées :

N° de Dossier MDPH : _____

Orientations Indiquées par la M.D.P.H : (Pour chaque orientation en cours de validité, indiquez la nature, la date de décision et la date de fin de validité)

Veillez joindre la photocopie de chaque notification d'orientation par la M.D.P.H.

Service social qui suit la famille :

Service :

Adresse :

Nom du gestionnaire du dossier : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Pièce d'identité du candidat :

Le candidat dispose-t-il d'une carte d'identité ? Non Oui

Validité : du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

Le candidat dispose-t-il d'un passeport ? Non Oui

Validité : du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

Veillez joindre la photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.

VOLET III – PARCOURS DU CANDIDAT DEPUIS SA NAISSANCE

Depuis la naissance du candidat, pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants, les lieux de vie, les accompagnements, les établissements et les écoles successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.

Si la page proposée n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre.

a) Evénements importants :

b) Lieux de vie :	
En famille	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
En famille d'accueil	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

c) Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :	
<input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours d'évaluation	
Types de mesure	Commentaire

d) En établissement :		
Lieu	Période	Type d'accompagnement
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	

Veillez joindre les comptes rendus des différentes prises en charge.

e) Ecole :		
Lieu	Période	Type d'enseignement
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	

Veillez joindre les comptes rendus des différentes prises en charge.

VOLET IV – EVALUATION DES CAPACITES

Cochez l'item qui correspond aux capacités réelles du candidat.

Autonomie / dépendance physique

Hygiène

- Se lave seul, sans aucune aide
- Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide pour laver certaines parties du corps
- N'est pas capable de se laver seul, mais collabore lors de la toilette
- N'est pas capable de se laver seul et reste passif

Habillage / Déshabillage

- S'habille et se déshabille sans aucune aide
- S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance verbale
- Nécessite une aide partielle pour s'habiller et se déshabiller (fermer les boutons, nouer les lacets, etc.)
- N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul, mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul et reste passif

Continence

- Continence complète
- Continence sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence fréquente nocturne
- Aucun contrôle des sphincters
- Encoprésie
- Utilise le papier hygiénique

S'asseoir et se relever

- Se lève et s'assoit seul
- Se lève et s'assoit seul dans un siège adapté (accoudoirs, etc.)
- Se lève et s'assoit avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Se lever et se coucher

- Se lève et se couche seul
- Se lève et se couche seul dans un lit adapté
Précisez : _____
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Mobilité

- Se déplace seul
- Se déplace seul mais avec difficultés (nécessité d'un appui : canne, tribune, appareillage, etc.)
Précisez : _____
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Se déplace seul, en fauteuil roulant
- Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne
- Monte les escaliers seul

- Monte les escaliers avec aide
- Court
- Roule à bicyclette, tricycle
- Nage

Autonomie / dépendance psycho-cognitive

Expression verbale

- S'exprime oralement sans difficulté
- S'exprime oralement avec quelques difficultés
- S'exprime oralement avec difficultés (difficultés importantes pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le candidat)
- S'exprime très difficilement (impossibilité pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le candidat)
- Pas d'accès au langage

Expression non verbale

- S'exprime par gestes
- S'exprime par mimiques
- Utilise une méthode alternative de communication (PECS, LSF, ...)

Précisez : _____

Veillez joindre une copie/photo du support utilisé

- Pas d'accès au langage non verbal

Compréhension

- Comprend une consigne verbale simple
- Comprend une consigne verbale complexe
- Comprend une consigne écrite simple
- Comprend une consigne écrite complexe
- Comprend une consigne « pictographiée » simple
- Comprend une consigne « pictographiée » complexe
- Ne comprend aucune consigne

Langue maternelle

- Français
- Autre

Précisez : _____

Sommeil

- Prend l'initiative d'aller se coucher
- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Présente des troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés
- Présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers
- Se réveille seul le matin
- S'octroie un temps de sieste

Soins à la santé

- Accepte sa médication

- Identifie sa médication
- Gère sa médication
- Accepte les soins
- Accepte les consignes (régime, repos,...)
- Adapte ses conduites en fonction de son état
- Évalue la dangerosité des situations
- Signale une douleur
- Identifie son état de santé

Humeur

- Humeur stable
 - Jovial Déprimé et triste Repli et inhibition

Précisez : _____

- Humeur fluctuante

Précisez : _____

Orientation temporelle

- Se repère correctement dans le temps (jour, mois, année)
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports visuels
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de rituels
- Se repère difficilement dans le temps, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans le temps

Orientation spatiale

- Se repère correctement dans l'espace
- Se repère correctement dans un lieu qu'il connaît
- Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels
- Se repère difficilement dans l'espace, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans l'espace

Compétences scolaires et professionnelles

Quel est son quotient intellectuel ? _____

En quelle année a-t-il été évalué ? _____ Avec quel outil ? _____

Par qui ? _____

Veillez joindre le compte rendu de l'évaluation, si effectué

- Sait lire
Niveau : _____

- Sait écrire
Niveau : _____

- Sait compter
Niveau : _____

- Est scolarisé A été scolarisé
 - A temps plein A temps partiel
 - Accompagné par une AVS
 - Ecole ordinaire CLIS ULIS Autre
- Précisez : _____

- A suivi une formation professionnelle
Précisez : _____

Autonomie / dépendance sociale et relationnelle

Activités domestiques

- Fait son lit
 - Accompagné Supervisé Seul
- Range sa chambre
 - Accompagné Supervisé Seul
- Balaie ou nettoie un local
 - Accompagné Supervisé Seul
- Dresse la table
 - Accompagné Supervisé Seul
- Débarrasse la table
 - Accompagné Supervisé Seul
- Lave la vaisselle
 - Accompagné Supervisé Seul
- Essuie la vaisselle
 - Accompagné Supervisé Seul

Loisirs et temps libre

- Est capable de s'occuper seul
- Est capable de s'occuper seul sur sollicitation
- Est incapable de s'occuper

Loisirs habituels :

Activités économiques

- Sait gérer l'argent
- Sait effectuer des achats

Aisance relationnelle

- Entre facilement en relation avec d'autres personnes
- Entre en relation uniquement avec des personnes connues
- Présente des difficultés relationnelles importantes

Précisez :

- Evite tout contact avec d'autres personnes

Comportements à risques

Agressivité

La personne présente-elle des comportements agressifs ? Non Oui

Type d'agressivité	Fréquence	Intensité	Facteurs déclenchants
<input type="checkbox"/> Auto-agressivité			
<input type="checkbox"/> Hétéro-agressivité			
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale			
<input type="checkbox"/> Sur l'environnement			

Décrivez comment se manifestent ces comportements :

Sexualité

La personne présente-t-elle des comportements sexuels inadéquats ? Non Oui

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Utilise un langage obscène
- Se masturbe en public
- Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel à d'autres personnes
- Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation
- Tente d'avoir ou a des relations sexuelles avec des partenaires non consentants
- Autres comportements sexuels socialement inadéquats

Précisez :

Fugues

La personne est-elle sujette à des fugues ? Non Oui

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

Précisions éventuelles (type de risques, fréquences, événements déclencheurs, etc.) :

Conduites addictives

La personne présente-t-elle des conduites addictives ? Non Oui

Si oui veuillez compléter le tableau suivant :

Conduite addictive	Quantité consommée
<input type="checkbox"/> Tabac	
<input type="checkbox"/> Alcool	
<input type="checkbox"/> Drogue	

Remarques éventuelles :

Conduites de mise en danger

La personne présente-t-elle des conduites de mise en danger ? Non Oui

Si oui, précisez (lesquelles, la fréquence, la gravité, etc.) :

VOLET V – ALIMENTATION

Cochez l'item correspondant aux capacités réelles du candidat

Alimentation - boisson

Capacités à s'alimenter

- S'alimente seul
- S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- S'alimente avec une aide partielle quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- N'est pas capable de s'alimenter seul
- Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

Capacités à s'hydrater

- Boit seul
- Boit seul avec l'utilisation d'aides techniques (poire de Bonneau, biberon, «canard», cuillère, etc.)
- Boit avec une aide partielle quotidienne (lui placer le récipient entre les mains, le stimuler oralement, ...)
- N'est pas capable de boire seul
- Boisson orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

Goûts de la personne

Quelles sont les goûts alimentaires du candidat ?

Aime :

N'aime pas :

Textures modifiées

La texture des aliments doit-elle être modifiée pour l'alimentation du candidat ? Non Oui

Si oui, précisez :

- « Manger entier » (la personne sait couper seule, pas d'adaptation)
- « Manger coupé » (le plat est présenté coupé en morceaux)
- « Manger haché » (la viande est hachée uniquement)
- « Manger mouliné » (= comme une purée)
- « Manger mixé » (= lisse comme un produit laitier)

La texture des liquides doit-elle être épaissie pour l'hydratation du candidat ? Non Oui

Une installation au repas spécifique est-elle préconisée pour le candidat ? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Régime

- Diabétique
- Sans sel
- Sans déchet
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Autres, précisez : _____

Allergies et intolérances alimentaires

Le candidat a-t-il des allergies alimentaires ? Non Oui Non connue

Le candidat a-t-il des intolérances alimentaires ? Non Oui Non connue

Si oui, en cas d'allergies et/ou intolérances, précisez l'aliment qui est incriminé :

Précisez les types de réaction :

- Eruption cutanée
- Boutons
- Gonflement
- Autre réaction cutané
- Ballonnements
- Diarrhée
- Diarrhée
- Autre trouble intestinal
- Autres réactions, précisez :

Conduites alimentaires à risques

Le candidat présente-t-il des conduites alimentaires perturbées ? Non Oui

Si oui, précisez :

- Anorexie
 - Boulimie
 - Potomanie
 - Ingestion d'objets ou substances non comestibles (PICA)
 - Autres
- Précisez :

Le candidat a-t-il des antécédents de fausses déglutitions ? Non Oui

Actuellement, présente-t-il des fausses déglutitions ? Non Oui

Si oui, à quelle fréquence ? _____

Conséquences ? _____

VOLET VI – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / PARAMÉDICAUX

A faire remplir uniquement par un professionnel de santé

Médecin traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Médecin spécialiste :

Nom : _____

Prénom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Médecin spécialiste :

Nom : _____

Prénom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

DN : _/ _/ _ _ _ Sexe : M F Contraception : Non Oui

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

TA : _____ / _____ mmHg FC : _____

Diagnostic principal :

Origine du handicap :

Traitement actuel

Traitement médicamenteux

Le candidat a-t-il un traitement régulier ? Non Oui

Si oui, précisez la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance :

Nom et dosage du médicament	Posologie				
	A jeun	matin	midi	soir	Coucher

Commentaire :

Médicaments d'exception (médicaments dont la prescription est initiée en milieu hospitalier, dont le prix est très élevé et qui sont utilisés dans une indication précise) :

Epilepsie

Le candidat a-t-il eu des convulsions durant l'enfance? Non Oui

Si oui, à quelle époque ? _____

Comment se manifestaient ces crises ? _____

Y a-t-il eu un traitement ? Non Oui

Si oui, détaillez : _____

Une épilepsie est-elle constatée à ce jour ? Non Oui

Si oui, de quel type ? _____

Est-elle traitée ? Non Oui

Est-elle stabilisée ? Non Oui

Allergie(s) et intolérances médicamenteuses

Le candidat a-t-il des allergies médicamenteuses ? Non Oui Non connue

Le candidat a-t-il des intolérances médicamenteuses ? Non Oui Non connue

Si oui en cas d'allergies et/ou intolérances, précisez l'aliment qui est incriminé :

Précisez les types de réaction :

Prises en charge

Le candidat a-t-il une prise en charge régulières ? Non Oui

Si oui, précisez le nom du spécialiste, la nature, la fréquence :

Consultations médicales régulières spécialisées :

Hospitalisations itératives ou programmées :

Kinésithérapeute :

Infirmier :

Logopède / orthophoniste :

Psychologue :

Ergothérapeute :

Autre :

Soins réguliers

Le candidat a-t-il des soins réguliers ? Non Oui

Si oui, précisez les soins concernés (cutanés, urinaires et intestinaux, pulmonaires, circulatoires, orthopédiques, thermiques,...) et l'éventuelle nécessité d'assurer une prévention (auto prévention, réalisée par un tiers, fréquence ...) :

Déficiência principale et déficiências associées

Déficiência principale (La déficiência principale est celle qui apparaît la plus invalidante)

Cochez l'item correspondant au profil du candidat.

Déficiência intellectuelle

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental modéré
- Retard mental léger

Déficiência du psychisme

- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiência due à des troubles psychiatriques graves
- Autre déficiência du psychisme

Précisez : _____

Trouble du langage et de la parole

Précisez quel trouble : _____

Déficiência auditive

Précisez laquelle : _____

Port d'un appareil auditif ? Non Oui

Si oui, le candidat le supporte-t-il ? toujours parfois jamais

Déficiência visuelle

Précisez laquelle : _____

Port de lunettes ? Non Oui

Le candidat les supporte-t-il ? toujours parfois jamais

Trouble(s) locomoteur(s)

Précisez le(s)quel(s) : _____

Précisez l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

Polyhandicap (déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante)

Précisez : _____

Plurihandicap (associe plusieurs déficiences de même gravité)

Précisez : _____

Déficience de la sphère digestive : Non Oui

Si oui, précisez (trouble de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit) :

Déficience de la fonction urinaire : Non Oui

Si oui, précisez :

Trouble de l'élimination : _____

Dialyse ? Non Oui Fréquence hebdomadaire : _____

Greffe ? Non Oui Date __/__/____ Tolérance : _____

Déficience métabolique, enzymatique : Non Oui

Si oui, précisez (type de diabète, obésité, nanisme, etc.) :

Déficience du système immunitaire et hématopoïétique : Non Oui

Si oui, précisez :

Pathologie de la fonction cardio-respiratoire : Non Oui

Si oui, précisez :

Signes fonctionnels ? _____

Signes de décompensation cardiaque ? _____

Assistance respiratoire éventuelle ? _____

Greffe ? Non Oui Date __/__/____ Tolérance : _____

Autre(s) déficience(s) : Non Oui

Si oui, précisez-le(s)quel(s) :

Vaccinations

Précisez les derniers rappels de vaccinations :

Type	Date dernier rappel
-	
-	
-	
-	
-	

Veillez joindre le carnet de vaccination, si existant

Dentition

Le candidat bénéficie-t-il d'une bonne dentition ? Non Oui

Le candidat est-il suivi régulièrement par un dentiste ? Non Oui

Si oui, précisez éventuellement l'adresse et le téléphone du dentiste :

Date du dernier consult dentaire : __/__/____

Résultat du dernier contrôle dentaire :

Antécédents personnels

Antécédents médicaux

Préciser les dates des diagnostics, si connues :

-	-
-	-
-	-
-	-

Antécédents chirurgicaux

Préciser les dates des interventions, si connues :

-	-
-	-
-	-
-	-

Hospitalisations

Préciser les dates des interventions, si connues :

Date	Lieu	Objet
-		
-		
-		
-		

Interventions chirurgicales à prévoir :

Remarques :

Examens médicaux

Cochez l'item que si l'examen est récent et veuillez joindre les protocoles.

Imagerie médicale

Une imagerie médicale a-t-elle été réalisée chez le candidat ? Non Oui

Si oui, précisez :

Nature de l'examen réalisé : _____

Date de l'examen : __ / __ / ____

Résultats : _____

Prise de sang

Le candidat a-t-il réalisé une prise de sang ? Non Oui

Si oui, précisez le groupe sanguin : _____

Date du dernier bilan sanguin : __/__/_____

Était-il normal ? Non Oui

Si non, précisez : _____

Pour information, la détermination du groupe sanguin est nécessaire en cas d'admission.

Encéphalogramme

Le candidat a-t-il réalisé un encéphalogramme ? Non Oui

Si oui, précisez :

Nom du médecin : _____

Date de l'examen : __/__/_____

Résultats : _____

Analyse d'urines

Le candidat a-t-il réalisé une analyse d'urines ? Non Oui

Si oui, précisez :

Date de l'examen : __/__/_____

Résultat : _____

Analyse du liquide céphalo-rachidien (ponction lombaire)

Le candidat a-t-il réalisé une analyse du liquide céphalo-rachidien? Non Oui

Si oui, précisez :

Date de l'examen : __/__/_____

Résultat : _____

Directive anticipée

Dans l'hypothèse où l'état de santé du candidat venait à se dégrader, pouvez-vous indiquer les souhaits du candidat ou à défaut du responsable légal :

Attente en cas de dégradation de l'état de santé :

Rituel spécifique/ conviction religieuse ou personnel :

Les renseignements médicaux sont complétés par _____

En qualité de _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : __/__/----

Cachet et signature :

VOLET VII – RECUEIL DES ATTENTES ET BESOINS DU CANDIDAT

Récolte des attentes et besoins du candidat ou de son responsable légal si celui-ci ne peut les exprimer seul.

Besoins

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

Attentes

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

Retours famille

Notre établissement organise des retours en famille un weekend sur trois et lors de certains congés scolaires selon un calendrier pré-établi.

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal
<input type="checkbox"/> un week-end sur trois. <input type="checkbox"/> congés scolaires selon calendrier pré-établi.	<input type="checkbox"/> un week-end sur trois. <input type="checkbox"/> congés scolaires selon calendrier pré-établi.

Visites médiatisées

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal
<input type="checkbox"/> selon calendrier pré-établi.	<input type="checkbox"/> selon calendrier pré-établi.

Contre-indications éventuelles

Indiqués par le candidat	Indiqués par le représentant légal

VOLET VIII – ATTESTATIONS ET INFORMATIONS

Je, soussigné(e), Me, Melle, Mr : _____

agissant en tant que _____

atteste sur l'honneur l'exactitude et la véracité des éléments repris dans le dossier de candidature

de _____

Toute information volontairement occultée ou déformée pourra remettre en question la décision finale quant à la recevabilité du dossier.

Recopier la formule « lu et approuvé » : _____

Date : __/__/____

Signature :

Je, soussigné(e), Me, Melle, Mr : _____

agissant en tant que _____

auprès de _____

autorise - n'autorise pas (barré la mention inutile)

le Responsable du pôle médical et paramédical a contacter ses consœurs et confrères aux fins d'obtenir des informations strictement nécessaires au dossier médical du candidat.

Recopier la formule « lu et approuvé » : _____

Date : __/__/____

Signature :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de nos structures d'accueil ?

ANNEXE 1 – POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

1. Contexte

Dans le cadre de l'admission d'un résident au sein d'une de nos structures, nous sommes amenés à traiter un certain nombre de vos données à caractère personnel (ci-après, « vos Données ») par le biais du présent dossier de candidature.

Cette Politique a pour objectif de vous informer quant aux traitements de vos Données et quant aux droits dont vous disposez en votre qualité de personne concernée.

2. Responsable du traitement

L'ASBL « L'ESPERANDERIE » est désignée Responsable du traitement et son centre administratif traite les Données pour l'ensemble des ASBL du Groupe l'Espéranderie composé de :

L'Espéranderie	Le Bercaill	Le Gai Séjour
Rue d'Esquermes 5 7603 BON-SECOURS (Péruwelz) Nr BCE : 0402.481.407	Rue d'Esquermes 5 7603 BON-SECOURS (Péruwelz) Nr BCE : 0419.849.454	Rue d'Esquermes 5 7603 BON-SECOURS (Péruwelz) Nr BCE : 0420.666.630
Numéro de téléphone unique : +32 69 67 26 10 , adresse email générale : info@ebgs.eu		

3. Délégué à la Protection des Données (DPO)

Si vous avez des questions concernant la Présente Politique, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (ci-après, DPO) :

GDPR Agency SRL
Chemin du Cyclotron 6
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE
Nr BCE : 0673.492.972
Téléphone : **+32 10 87 11 70**
Mail : dpo@ebgs.eu

4. Finalités de traitement et bases légales

Nous collectons vos Données, pour les finalités suivantes :

- Analyse du dossier de candidature : nous traitons vos Données afin de déterminer si vous répondez aux conditions d'admissibilité et quelle structure d'hébergement peut vous accueillir. Cette finalité comprend :
 - La gestion administrative des dossiers des candidats ;
 - La prise de connaissance de votre situation médicale.

Nous avons l'obligation légale de collecter vos Données, et notamment vos Données médicales, dans le cadre de votre dossier d'admission (articles 1233, 1234, 1369/35 et 1369/36 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la santé (CRWASS)).

- Constitution du dossier du candidat et gestion de l'admission. Cette finalité comprend :
 - Gestion administrative des dossiers des candidats ;
 - Le suivi médical du candidat et aménagement nécessaire à son accueil.

Nous avons l'obligation légale de constituer un dossier complet, comportant notamment vos Données médicales (articles 1233, 1234, 1369/35 et 1369/36 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la santé (CRWASS)).

5. Catégories de destinataires

Vos Données sont amenées à être communiquées à certains destinataires, à savoir :

- Les membres du personnel de nos structures ;
- Des médecins et autres prestataires de santé internes ou externes à nos services ;
- Des Organismes publics de santé belges et français (tels que AVIQ, ARS, MDPH...) ;
- Les Centres psycho-médico-sociaux (en cas d'inscription scolaire) ;
- Les Etablissements scolaires ;
- Les partenaires divers (centre de sport, piscine,...).

6. Durée de conservation

- En cas d'admission :
 - Vos Données relatives au dossier de l'utilisateur, comportant vos Données médicales, sont conservées pour une durée de 30 ans à compter de votre départ d'une de nos structures.
 - Vos Données liées à la facturation sont conservées 7 ans à compter de votre départ d'une de nos structures.

Aux termes de ces durées de conservations, vos Données sont détruites.

- En cas d'avis défavorable suite à la lecture du dossier de candidature :

Vos Données sont conservées, dans un espace prévu à cet effet, pour une durée de 5 ans à compter de la date d'envoi du courrier de non-recevabilité ou du dernier contact.

Aux termes de cette durée de conservation, vos Données sont détruites.

- En cas d'absence de réponse suite à une relance de nos services :
 - Vous recevez un courriel/courrier postal vous informant que sans réponse endéans 2 mois, vos données seront archivées.

Vos Données sont « conservées », dans un premier temps, pour une durée de 12 mois, dans le bureau de la Direction médicale afin de permettre un désarchivage immédiat en cas de nécessité.

Aux termes de cette durée, vos données sont archivées dans un espace prévu à cet effet, durant 5 ans à compter du dernier contact, puis détruites.

- En cas d'abandon des démarches (choix)

- Vous recevez un courriel/courrier postal vous informant que le dossier est clôturé et que vous avez la possibilité de récupérer le dossier de candidature. Sans réponse de votre part endéans 2 mois, vos données sont archivées.

Vos Données sont conservées, dans un espace prévu à cet effet, pour une durée de 5 ans à compter de la date du dernier échange.

Aux termes de cette durée de conservation, vos Données sont détruites.

7. Droits des personnes concernées

En tant que personne concernée, vous disposez de droits que vous pouvez exercer auprès de nos structures. Ces droits sont les suivants :

- Droit d'accès : vous avez le droit d'obtenir la confirmation que vos Données sont traitées, d'avoir accès à tout moment et gratuitement à vos Données et d'en obtenir une copie ;
- Droit de rectification de vos Données : vous avez le droit de demander que vos Données incomplètes ou incorrectes soient complétées ou corrigées. Nous vous invitons, à cet égard, à informer nos structures de toute modification pertinente relative à votre situation personnelle ;
- Droit à l'effacement de vos Données : si vous ne souhaitez plus que vos Données soient traitées par nos structures et que vous vous trouvez dans les conditions pour demander le droit à l'effacement, nous supprimerons vos Données de notre base de données, sauf si ces Données sont nécessaires afin de respecter une obligation légale à laquelle nous sommes soumis ;
- Droit à la portabilité de vos Données : vous avez le droit de recevoir les Données que vous avez fournies, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, pour les transmettre à un autre responsable du traitement. Vous avez également la possibilité de demander que vos Données soient transmises directement à cet autre responsable du traitement, lorsque cela est techniquement possible ;
- Droit de vous opposer au traitement de vos Données : vous pouvez vous opposer, à tout moment, à un traitement de Données fondé sur l'intérêt légitime de L'ESPERANDERIE ;
- Droit à la limitation du traitement : vous avez le droit d'obtenir la suspension du traitement de vos Données dans certaines circonstances.

Si vous n'êtes pas satisfait de la manière dont nous avons apporté réponse à votre demande, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données belge (35, Rue de la Presse – 1000 Bruxelles ; Mail : CONTACT@APD-GBA.BE).

8. Mesures techniques et organisationnelles

Nous avons développé des règles de sécurité adaptées sur le plan technique et organisationnel, afin d'éviter la destruction, la perte, la falsification, la modification, l'accès non autorisé, la communication accidentelle à des tiers, ainsi que tout autre traitement non autorisé de vos Données.

Ces règles incluent notamment les mesures suivantes :

- Prévention de l'accès par des personnes non autorisées aux systèmes de Traitement des Données à caractère personnel (contrôle d'accès physique) ;
- Prévention de l'utilisation sans autorisation des systèmes de Traitement des Données à caractère personnel (contrôle d'accès logique) ;
- Mesures garantissant que les personnes autorisées à utiliser un système de Traitement de Données à caractère personnel ont seulement accès aux Données à caractère personnel auxquelles elles sont autorisées à accéder conformément à leurs droits d'accès, et que, pendant le Traitement, lesdites Données ne peuvent pas être lues, copiées, modifiées, ni effacées sans autorisation (contrôle d'accès aux Données) ;
- Mesures garantissant que les Données personnelles ne peuvent pas être lues, copiées, modifiées, ni effacées sans autorisation au cours de leur transmission électronique, de leur transport ou à partir de leur support de stockage, et qu'il est possible de vérifier et de déterminer à quelles entités le transfert de Données à caractère personnel est effectué (contrôle de transfert des Données) ;
- Établissement d'une trace de contrôle afin de renseigner si et par qui les Données à caractère personnel ont été introduites dans, modifiées ou effacées des systèmes de Traitement de Données à caractère personnel (journalisation des événements) ;
- Mesures garantissant que les Données à caractère personnel sont protégées contre la destruction ou la perte accidentelle (contrôle de disponibilité) ;
- Mesures garantissant que les Données à caractère personnel collectées à différentes fins peuvent être traitées séparément (contrôle de séparation).

9. Droit applicable et juridiction compétente

Ces dispositions seront régies, interprétées, exécutées conformément au droit belge, seul droit applicable, en cas de litige. Tout litige qui n'aura pas pu être réglé à l'amiable dans un délai n'excédant pas un mois à compter de sa survenance, ce délai pouvant être prolongé de commun accord, pourra être porté par la partie la plus diligente devant les Cours et Tribunaux de langue française de l'arrondissement judiciaire de Mons (Belgique) qui seront seuls compétents

10. Date d'entrée en vigueur

La présente politique a été créée et est entrée en vigueur le 01.05.2022. Nous nous réservons le droit, à notre entière appréciation, de changer, modifier, ajouter ou supprimer à tout moment des parties de la présente politique.

ANNEXE 2 – DROIT À L'IMAGE

1. Objet

La présente annexe a pour objectif la prise de photos de l'utilisateur à l'occasion d'événements ou d'activités organisés par nos services et leur utilisation via les différents moyens de communication de nos structures.

2. Supports et canaux de diffusion

Les photos sont conservées sur les supports informatiques appartenant à nos structures.

Les photos sont susceptibles d'être diffusées sur les supports placés au sein de nos structures et/ou sur les supports imprimés de nos services et/ou sur les différents sites internet de nos structures et/ou sur le réseau social Facebook, selon l'étendue de l'autorisation octroyée.

3. Finalité

Nous utilisons les photos de l'utilisateur aux fins de communiquer sur les divers événements et activités organisés par nos services.

Nous n'utiliserons ces photos que dans le cadre de cette finalité. Toute utilisation incompatible avec celle-ci est interdite.

4. Destinataires

Les Données de l'utilisateur sont amenées à être communiquées à certains destinataires, à savoir :

- Nos services ;
- Les visiteurs des sites internet et des réseaux sociaux ;
- Les visiteurs au sein de nos structures ;

5. Droits des personnes concernées

En tant que personne concernée, vous disposez de droits que vous pouvez exercer auprès de nos structures. Ces droits sont les suivants :

- Droit d'accès : vous avez le droit d'obtenir la confirmation que vos Données sont traitées, d'avoir accès à tout moment et gratuitement à vos Données et d'en obtenir une copie ;
- Droit de rectification de vos Données : vous avez le droit de demander que vos Données incomplètes ou incorrectes soient complétées ou corrigées. Nous vous invitons, à cet égard, à informer nos structures de toute modification pertinente relative à votre situation personnelle ;
- Droit à l'effacement de vos Données : si vous ne souhaitez plus que vos Données fassent l'objet d'un traitement et que vous vous trouvez dans les conditions pour demander le droit à

l'effacement, nous supprimerons vos Données de notre base de données, sauf si ces Données sont nécessaires afin de respecter une obligation légale à laquelle nous sommes soumis ;

- Droit à la portabilité de vos Données : vous avez le droit de recevoir les Données que vous avez fournies, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, pour les transmettre à un autre responsable du traitement. Vous avez également la possibilité de demander que vos Données soient transmises directement à cet autre responsable du traitement, lorsque cela est techniquement possible ;
- Droit de vous opposer au traitement de vos Données : vous pouvez vous opposer, à tout moment, à un traitement de Données fondé sur l'intérêt légitime de L'ESPERANDERIE ;
- Droit à la limitation du traitement : vous avez le droit d'obtenir la suspension du traitement de vos Données dans certaines circonstances.

6. Mineurs et majeurs sous tutelle

Pour les mineurs et pour les majeurs sous tutelle, la présente autorisation ne peut être donnée que par son représentant légal.

7. Autorisation du traitement des photos

Je, soussigné(e), Me, Melle, Mr _____

agissant en tant que _____

auprès de _____

autorise - n'autorise pas (barrez la mention inutile) nos services à prendre des photos

diffuser ces photos

En cas d'accord de diffusion, votre accord est donné sur :

les supports placés au sein de nos services (tableaux d'affichage...)

les supports imprimés de nos services tels qu'un magazine périodique, affiches, poster,.... dont la diffusion est réservée aux résidents et leur famille

les divers sites internet de nos services

le réseau social Facebook

La personne concernées déclare avoir été informée qu'un refus de consentir de sa part n'entraînera aucune conséquence négative sur son dossier de candidature/d'admission.

Fait à : _____

Date : __/__/__

Signature :

Pour information, en cas d'admission, il sera transmis deux « Chek-Lists » reprenant les documents administratifs et médicaux à fournir ainsi que des formulaires propres à notre établissement à compléter.

Première étape :

Chek-List des documents administratifs
Carte d'identité recto-verso en cours de validité
Passeport en cours de validité
Document de Circulation pour Etranger Mineur (DCEM) en cours de validité
Photos couleur aux normes européennes
Extrait d'acte de naissance
Jugement de divorce, si concernée
Jugement de tutelle, si concernée
Jugement d'assistance éducative, si concernée
Justificatif de domicile récent de l'un des deux parents responsable légal et/ou du tuteur
Carte Vitale au nom de l'utilisateur (à partir de l'âge de 16 ans et dès 12 ans sur demande)
Attestation de droits avec droits ouverts et validité minimale d'un an.
Carte Européenne d'Assurance Maladie au nom de l'utilisateur
Formulaire « Affiliation à une mutuelle belge »
Formulaire « Procuration à une mutuelle belge »
Notification de placement MDPH pour une durée minimale d'un an à compter de la date effective d'entrée
RIB établi au nom du représentant légal
Formulaire « Convention individuelle de prise en charge »
Prise en charge du forfait médical par la Caisse de la Sécurité sociale, si concernée
Convention du Conseil Général, si concernée

Deuxième étape, lorsque la date d'admission est fixée :

Chek-List des documents médicaux
Carte de groupe sanguin
Copie du carnet de santé
Relevé des vaccinations
Relevé de la médication et ordonnance
Certificat médical de non contagion de moins de dix jours
Bilan sanguin de moins d'un mois, précisant les paramètres généraux : hématologie, ionogramme, glycémie, fonction rénale, fonction hépatique, fonction thyroïdienne ...
Sérologie « HEPATITE B » de moins d'un mois (si non vacciné : dosage antigènes HBS et anticorps HBC ; si vacciné : dosage anticorps HBS)
Sérologie H.I.V et Hépatite C de moins d'un mois
5 jours de médication , si concerné
Médication à fournir en période d'essai, si concerné
Contrôle dentaire de moins de six mois