



ASBL Héberlie

## Demande d'admission

**NOM :** .....

**Prénom:** .....

Dossier rempli par :

Date :

En qualité de :

PHOTO

**La liste des pièces à joindre se compose de :**

- Deux vignettes de mutuelle

--	--

- La carte d'identité (copie)
- Le carnet médical / carte de vaccination (copie)
- Une copie du dernier rapport de synthèse.
- La posologie et une prescription du traitement actuel éventuel
- La décision du Tribunal en cas de mesure de protection (adm. de Biens / personne)
- Une copie de la décision AVIQ (ou équivalent Phare /Vlaams Fond/...)
- Une attestation de handicap (SPF)

**MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION**

***Merci de joindre également à ce dossier tout rapport ou toute information utile.***

**ASBL HEBERLIE-Service d'hébergement liégeois**

Siège social : Quai de Rome 21-4000 Liège

Téléphones : 04/235.71.81 (pôles pédagogique et social)- 04/253.25.60 (pôle administratif)

Mails : [hbl.service.social@gmail.com](mailto:hbl.service.social@gmail.com) (service social)- [cejiel.heberlie@gmail.com](mailto:cejiel.heberlie@gmail.com)

Numéro d'entreprise (BCE) : 0434.439.838

IBAN : BE27 0682 1767 2673 (**Belfius**)- : BE81 7320 1118 1424 (**CBC**) BIC : GKCCBEBB





---

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX<sup>1</sup>

---

### La personne pour qui est introduite la demande d'admission:

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Domicile légal actuel :  
 .....  
 .....  
 .....

Autre adresse de contact :  
 .....  
 .....

### La famille

- Le père

Nom & prénom : .....

Adresse actuelle & n° téléphone :  
 .....  
 .....

- La mère

Nom & prénom : .....

Adresse actuelle & n° téléphone :  
 .....  
 .....

- La personne a-t-elle des frères ou sœurs ?

.....  
 .....

- Garde-t-elle des relations suivies avec sa famille ?

(Si oui, sous quelles formes ? visites, WE, vacances, contacts téléphoniques, etc.)

.....  
 .....

- Autre(s) personne(s) significative(s)

- Nom & prénom : .....
- Adresse actuelle & n° téléphone : .....
- Lien : .....
- Nom & prénom : .....
- Adresse actuelle & n° téléphone : .....

---

<sup>1</sup> Joindre copie recto-verso de la carte d'identité



Lien : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**N° de registre national** : .....

**Mutuelle** :

.....  
.....

**Allocation d'intégration / de remplacement de revenus** <sup>2</sup>:

N° Dossier : .....

**Inscription au Service AVIQ**<sup>3</sup>:

N° ..... (ou correspondance Vlaams Fond – Phare)

**Mesures de protection**<sup>4</sup> :

→ **Administration de biens** : OUI - NON

Nom et Coordonnées de l'administrateur:

.....  
.....  
.....  
.....

→ **Administration de la personne** : OUI - NON

Nom et Coordonnées de l'administrateur:

.....  
.....  
.....  
.....

→ **Personne de confiance** : OUI - NON

Nom et Coordonnées:

.....  
.....  
.....  
.....

<sup>2</sup> Joindre attestation de handicap.

<sup>3</sup> Joindre copie de la décision.

<sup>4</sup> Joindre copie de la décision du tribunal.



**ASBL HEBERLIE-Service d'hébergement liégeois**

Siège social : Quai de Rome 21-4000 Liège

Téléphones : 04/235.71.81 (pôles pédagogique et social)- 04/253.25.60 (pôle administratif)

Mails : [hbl.service.social@gmail.com](mailto:hbl.service.social@gmail.com) (service social)- [cejiel.heberlie@gmail.com](mailto:cejiel.heberlie@gmail.com)

Numéro d'entreprise (BCE) : 0434.439.838

IBAN : BE27 0682 1767 2673 (**Belfius**)- : BE81 7320 1118 1424 (**CBC**) BIC : GKCCBEBB



---

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX<sup>5</sup>**

---

**Médecin traitant** : Nom et coordonnées

.....

.....

.....

**Spécialistes éventuels** : Nom et coordonnées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Diagnostic évoqué**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

<sup>5</sup> Joindre copie du carnet de vaccination.



**Anamnèse médicale :**

(Déroulement de la grossesse, terme, maladies ou difficultés à la naissance, poids et taille de naissance, problématiques survenues durant l'enfance, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Hospitalisations éventuelles**

- Motif : .....  
Lieu : .....  
Date : .....
  
- Motif : .....  
Lieu : .....  
Date : .....
  
- Motif : .....  
Lieu : .....  
Date : .....

**Etat de santé général**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Régime alimentaire spécifique:

.....  
.....  
.....

Allergies :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Affections et troubles divers :**

- Troubles de la vision : oui-non  
Médecin traitant :.....  
Commentaires :.....  
.....
- Difficultés motrices : oui-non  
Médecin traitant :.....  
Commentaires :.....  
.....
- Troubles de l'audition : oui-non  
Médecin traitant :.....  
Commentaires :.....  
.....
- Epilepsie : oui-non    Type :.....  
Médecin traitant :.....  
Commentaires :.....  
.....
- Autre(s) :  
.....  
.....





**ASBL HEBERLIE-Service d'hébergement liégeois**

Siège social : Quai de Rome 21-4000 Liège

Téléphones : 04/235.71.81 (pôles pédagogique et social)- 04/253.25.60 (pôle administratif)

Mails : [hbl.service.social@gmail.com](mailto:hbl.service.social@gmail.com) (service social)- [cejiel.heberlie@gmail.com](mailto:cejiel.heberlie@gmail.com)

Numéro d'entreprise (BCE) : 0434.439.838

IBAN : BE27 0682 1767 2673 (**Belfius**)- : BE81 7320 1118 1424 (**CBC**) BIC : GKCCBEBB



**Médication<sup>6</sup>**

➔ Médication quotidienne : OUI - NON

Si oui :

	MATIN	MIDI	16h	SOIR	COUCHER

➔ Difficultés à prendre la médication ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Commentaires :** .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

<sup>6</sup> Joindre prescription du traitement – signée par le médecin.



---

## PARCOURS

---

**Activité en journée : Ecole / centre de jour /... :**

**FRÉQUENTÉ(E) ACTUELLEMENT :**

.....  
.....

Adresse et téléphone :

.....  
.....

**ANTÉRIEUR(ES) :**

(Noms, adresses, dates de fréquentation)

- .....
- .....
- .....

**Centre d'hébergement :**

**FRÉQUENTÉ ACTUELLEMENT :**

.....

Adresse et téléphone :

.....  
.....

**ANTÉRIEUR(S) :**

(Noms, adresses, dates de fréquentation)

- .....
- .....
- .....





.....  

---

**PORTRAIT...<sup>7</sup>**

---

**Ce qu'il/elle aime :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ce qu'il/elle n'aime pas :**

.....  
.....  
.....

**Loisirs réguliers (et organismes éventuels fréquentés) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Communication :**

- Expression

Expression orale

.....  
.....  
.....

Utilisation d'un langage gestuel

.....  
.....

---

<sup>7</sup> Joindre copie du dernier rapport de synthèse.



.....  
.....

Autre (se faire comprendre : ses désirs, ses demandes...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Compréhension :

Comprendre le langage parlé

.....  
.....  
.....  
.....

Comprendre un langage signé

.....  
.....  
.....  
.....

Comprendre des images, des photos, des pictogrammes

.....  
.....  
.....  
.....

- Remarque :

.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....

**Compétences cognitives :**

Compréhension des consignes simples

.....  
.....  
.....  
.....

Connaissance des couleurs

.....  
.....  
.....  
.....

Compréhension des indicateurs de lieu (gauche, droite, devant, derrière, en haut, en bas, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

Compréhension du déroulement du temps (dans la journée, dans la semaine, dans le mois, savoir lire l'heure, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

Savoir compter

.....  
.....  
.....  
.....

Savoir calculer

.....  
.....  
.....  
.....

Savoir lire (des mots, des phrases, des textes)



.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Remarque :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Mobilité** :

Troubles de l'équilibre

.....  
.....  
.....  
.....

Marche (avec aide, seul, escaliers, balades, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

Nager

.....  
.....  
.....

Rouler à vélo

.....  
.....  
.....

Prendre les transports en commun (seul, accompagné)

.....  
.....  
.....

S'orienter dans l'espace (la maison, le quartier, la ville)





.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Remarque :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sorties :**

Accompagner une sortie

.....  
.....  
.....  
.....

Sortir seul

.....  
.....  
.....  
.....

Faire des courses seul

.....  
.....  
.....  
.....

- Remarque :

.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Hygiène :**

Propreté sphinctérienne diurne

.....  
.....  
.....  
.....

Propreté sphinctérienne nocturne

.....  
.....  
.....

Se rendre aux toilettes (spontanément, sur demande, seul, accompagné)

.....  
.....  
.....

Se laver (doit être lavé, participe à la toilette en aidant, se lave seul efficacement, avec ou sans présence dans la salle de bain)

.....  
.....  
.....

S'essuyer (doit être essuyé, participe en aidant, s'essuie seul)

.....  
.....  
.....

S'habiller (seul, en partie, pas du tout)

.....  
.....



.....  
.....  
.....  
Se déshabiller seul (seul, en partie, pas du tout)  
.....  
.....  
.....  
.....

Se brosser les dents (seul, en partie, pas du tout)  
.....  
.....  
.....  
.....

- Remarque :
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Comportement :**

Vie en collectivité  
.....  
.....  
.....  
.....

Manifestation d'angoisse  
.....  
.....  
.....  
.....

Difficulté d'attention / concentration  
.....  
.....  
.....  
.....

Opposition



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Agressivité, violence (physique ou verbale, envers soi, les autres, le matériel)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Comportements de fugue

- Remarque :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



---

## SPÉCIFICITÉS DE LA DEMANDE

---

Héberlie propose différents types d'hébergement. Merci de préciser vers quel type de maison s'adresse la demande :

- Maison du « 504 » : Structure regroupant 24 résidents et bénéficiant d'un encadrement permanent en dehors de leur activité de jour.
- Maison « Côte d'Or » : maison communautaire de 6 personnes, bénéficiant d'un accompagnement éducatif durant les soirées de semaine\*.
- Maisons « Marronniers » et « Crusson » : maisons communautaires accueillant, respectivement, deux résidents, bénéficiant d'un accompagnement éducatif durant les soirées de semaine\*.

\*Les résidents de ces maisons peuvent, en dehors des temps de présence éducative chez eux, faire appel à la maison du 504, en cas de problème.

→ **Remarques éventuelles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



