L'Atrium
0492/58.21.50
ihp.atrium@acis-asbl.be

Dossier de candidature

Date : … / … / 20….

Nom : ……Prénom : ……
Date de naissance : … / … / ……. Lieu de naissance : …… Nationalité : ……..
Sexe : M / F / X
Domicile : ……
Lieu de vie actuel, si différent du domicile : …….
……..
Numéro de téléphone du jeune : ……
Adresse email du jeune (en majuscules) : ……

Numéro national : ……
Vignette de mutuelle :

Mère ou représentant légal (à entourer)	**Père ou représentant légal (à entourer)**
Nom et prénom : ……	Nom et prénom : ……
Adresse : ……	Adresse : ……
……	……
Tél. fixe : …… GSM : ……	Tél. fixe : …… GSM : ……
e-mail (en majuscules) :	e-mail (en majuscules) :
……	……
Profession : ……	Profession : ……
Remarque : ……	Remarque : ……
……	……

<u>Personne à joindre en cas d'absence des parents ou du représentant légal</u>

Nom et prénom: …… Lien de parenté ou autre : ……
Adresse : ……
Tél. fixe : …… GSM : ……
e-mail en majuscules) : ……
Remarque : ……
……

Nombre de frères et sœurs et position dans la fratrie + remarques éventuelles :
……
……
……

L'Atrium
0492/58.21.50
ihp.atrium@acis-asbl.be

VOTRE DEMANDE *(à remplir par le/la jeune)*

- Qui vous a conseillé de poser votre candidature à *L'Atrium* ? ……

……

- Quelles sont les principales difficultés qui vous amènent à effectuer cette démarche ?

……

……

……

- Quelles sont vos attentes par rapport à un tel séjour ? ……

……

……

……

- Quelles seraient vos craintes ? ……

……

……

- Quelle(s) activité(s) avez-vous déjà, où et selon quels horaires (au niveau scolaire / professionnel / formation / bénévolat / hobby / loisirs, etc.) ? ……

……

……

……

- Quelle(s) activité(s) souhaiteriez-vous mettre en place (au niveau scolaire / professionnel / formation / bénévolat / hobby / loisirs, etc.) ? ……

……

……

……

- A quelles ressources (personnelles et extérieures) faites-vous appel lorsque vous n'allez pas bien ?

……

……

……

L'Atrium
0492/58.21.50
ihp.atrium@acis-asbl.be

VOTRE RÉSEAU DE SOINS

MEDECIN TRAITANT

Nom + Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

(PEDO)PSYCHIATRE

Nom + Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

PSYCHOTHERAPEUTE

Nom + Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

Nom + Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

AUTRES (neurologue, olphtalmo, dermatologue, gynécologue, dentiste,…)

Spécialité	Nom	Date de dernière visite

Remarques sur le réseau actuel et/ou suggestions pour l'avenir de ce réseau :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etes-vous ou avez-vous été pris en charge par un service d'aide à la jeunesse (SAJ) ou un service de protection de la jeunesse (SPJ) ?
.....
.....

L'Atrium
0492/58.21.50
ihp.atrium@acis-asbl.be

FICHE-SANTÉ

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : … / … / ……

Prises en charge et bilans (antérieurs / en cours) **pour des motifs psychologiques / psychiatriques (en milieu hospitalier ou non) :** où, quand, pourquoi, et quelle a été l'évolution durant ces prises en charge et par la suite ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Disposez-vous de **rapports** de ces prises en charge / bilans ?
☐ OUI → merci de les joindre au présent dossier.
☐ NON → nous vous informons que nous pourrions être amenés à les demander aux prestataires de soins concernés, avec votre accord.

Maladies somatiques antérieures importantes et/ou **opérations** subies :
…… Année : .....
…… Année : .....
…… Année : .....
…… Année : .....
……

Le jeune souffre-t-il de :
Diabète OUI — NON. ……
Asthme OUI — NON. ……
Affection cardiaque OUI — NON. ……
Épilepsie OUI — NON. ……
Affection cutanée OUI — NON. ……
Somnambulisme OUI — NON. ……
Autre(s) OUI — NON. ……
……
……

Groupe sanguin (si connu) : .....

Le jeune est-il **en ordre de vaccination contre le tétanos** ? OUI — NON. Dernier rappel le … / … / ……
A-t-il reçu un **sérum antitétanique** ? OUI — NON Si oui, en quelle année ? ……..

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION.

L'Atrium
0492/58.21.50
ihp.atrium@acis-asbl.be

Le jeune est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....
.....

Est-il **allergique** à d'autres allergènes (**matières, aliments,** …) ? OUI — NON Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ? .....
.....

Suit-il un **régime alimentaire ?** Y a-t-il des précautions à prendre quant à son **alimentation** ?.....
.....

Y a-t-il des **remarques ou restrictions** concernant la participation à certaines **activités** ? OUI — NON
Si oui, lesquelles ? .....

Le jeune sait-il **nager** ? OUI – NON. Peut-il **participer** sans inconvénients **aux baignades** ? OUI — NON

Traitement médicamenteux actuel éventuel :

Médicament	Dosage	*Matin*	*Midi*	*Soir*	*Coucher*	Remarque

Le jeune est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? OUI – NON

Contraception éventuelle : .....
Autres remarques : .....
.....

Date + nom, prénom et signature de la personne ayant rempli la présente fiche-santé : le … / … / …..,

……, ……..

A REMPLIR par le responsable légal SI LE JEUNE EST MINEUR : « *Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les prestataires de soins consultés. J'autorise le médecin consulté à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant, y compris s'il s'agit d'une intervention chirurgicale.* »

Date + nom, prénom et signature du responsable légal : le … / … / 20…. ,
……., ……