

DEMANDE D'ADMISSION – EBHB

Nom Numm		Prénom Virnumm	
-------------	--	-------------------	--

Pour vous inscrire, précisez absolument votre préférence

Wann Dir lech wëllt umellen, kräizt w.e.g onbedengt Är Präferenz un

<input type="checkbox"/>	Institut St Joseph 2, rue de Wecker L-6832 Betzdorf
<input type="checkbox"/>	Centre pour personnes handicapées Am Klouschter 6, Avenue Marie - Adélaïde L-5635 Mondorf-les-Bains
Demande pour: <i>Ufro fir:</i>	<input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Centre de propédeutique professionnelle <input type="checkbox"/> Atelier d'inclusion professionnelle <input type="checkbox"/> Centre de Jour <input type="checkbox"/> Lit de dépannage
Inscription sur la liste : <i>Aschreiwung op d'Lescht :</i>	<input type="checkbox"/> « préventive » <input type="checkbox"/> « prêt pour entrer » <input type="checkbox"/> urgente

Veillez svp décrire brièvement la situation actuelle de la personne en situation de déficience

intellectuelle et joignez un rapport médical spécifiant le diagnostic et si possible un rapport social

Beschreift w.e.g kurz die aktuell Situatioun vun der Persoun mat enger intellektueller Beanträchtegung an leet eis en medezineschen Rapport mat der Diagnos an eventuell en sozialen Bericht bei

Concerne / Betrifft :

Nom <i>Numm</i>		Sexe Geschlecht	
Prénom <i>Virnumm</i>		Date de naissance <i>Geburtsdatum</i>	
Caisse de maladie <i>Gesondheetskees</i>		Lieu de naissance <i>Geburtsplaatz</i>	
Matricule		Nationalité <i>Nationalitéit</i>	
État civil <i>Familjestand</i>	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> autre / aneren _____		
Adresse légale <i>Offiziell Adress</i>	Nr, Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Tel : _____ GSM : _____ Email _____		
Séjour actuel <i>Aktuellen Openthalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • à l'adresse susmentionnée / <i>op der Adress wei uewen beschriwwen</i>: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • autre / <i>aneren</i> : _____ _____ • vit seul / <i>liewt aleng</i> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 		
Personne de contact <i>Kontakpersoun</i>	Nom / Prénom: _____ Nr, Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Tel : _____ GSM: _____ Email: _____ <input type="checkbox"/> Famille/ <i>Famill</i> <input type="checkbox"/> Tuteur/Curateur <input type="checkbox"/> Autre / aner _____		
Relation <i>Relatioun</i>			
Prise en charge sociale <i>Sozial Betreuung</i>	Service : _____ Nom/Numm: _____ Fonction/Funktioun _____ Tel : _____ GSM: _____ Email: _____		
Assurance Dépendance <i>Fleegeversécherung</i>	Plan de prise en charge (Décision) / Entscheidung : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de la décision/ Datum vun der Entscheidung : _____ Veuillez nous joindre svp une copie de la décision / <i>Leet eis w.e.g eng Kopie vun der Entscheidung bei</i>		
<p>Par la présente, je confirme l'exactitude des données et déclare être d'accord avec l'archivage électronique et le traitement de ces données auprès de la Yolande asbl. <i>Heimatter bestätegen ech d'Richtigkeet vun den Donnéeën an sin d'Accord mat hirem elektronischem Archivage an Traitement innerhalb der Yolande asbl</i></p> <p><i>Date/Datum, Signature / Ënnerschrëft :</i></p>			

Demande d'admission (03-00)	Autor:	Validation und Freigabe durch:	Gültig ab :	Revisionsdatum :	Dokumentkürzel :	2/2
	KLKR/MESC	DIIN_KOORD	11/12/2018	11/12/2020	DA19.1.1 AESV-01	