



Centre d'accueil de jour  
N° d'agrément : 025 091 228  
Centre Public d'Action Sociale  
Rue de Messe 9  
1330 Rixensart  
02.654.12.00. Fax : 02.654.12.32

### **Dossier d'inscription en Centre d'Accueil de Jour**

**Notre Centre d'Accueil de Jour 'L'Olivier'** est destiné à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine nos aînés ayant un vieillissement difficile (difficultés cognitives, physiques ou sociales).

L'objectif de cette nouvelle structure est de vous donner la possibilité de vivre à la maison, tout en rencontrant d'autres personnes et en proposant des activités adaptées en fonction de vos besoins. Elle permet également à vos proches de s'octroyer un peu de temps libre.

Une équipe dynamique et compétente vous proposera un accompagnement en fonction de votre parcours de vie, de votre personnalité et de vos ressources et ce, dans une ambiance conviviale.

Le Centre d'Accueil de Jour 'L'Olivier' est ouvert **du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00** (sauf les jours fériés). Les jours de la semaine seront définis préalablement avec vous.

Le prix de la journée est de **25 euros**.  
Ce prix **comprend le repas du midi et les animations intra-muros**.

**Pour toutes informations**, n'hésitez pas à contacter Monsieur Wautier Marneffe  
Permanences téléphoniques : tous les jours au 02/634 26 06  
Email : [wautier.marneffe@rixensart.be](mailto:wautier.marneffe@rixensart.be)



Centre d'accueil de jour  
N° d'agrément : 025 091 228  
Centre Public d'Action Sociale  
Rue de Messe 9  
1330 Rixensart  
02.654.12.00. Fax : 02.654.12.32

**Fiche de renseignements**  
**Inscription en Centre d'Accueil de Jour**

**1. Identification**

Nom et prénom : .....

Date de naissance: .....

Adresse : .....

.....

Nationalité : .....

Numéro de registre national : .....

Mutuelle : .....

Vignette de mutuelle

**2. Personne de référence**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphones : Privé : .....

Professionnel : .....

Lien de parenté : .....

Adresse mail : .....

**3. Situation actuelle de la personne**

vit seul(e) à la maison

vit en famille avec : Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

**4. Aides à domicile (noms et coordonnées)**

- Soins infirmiers : .....
- Service d'aide familiale : .....
- Autres prestataires : kinésithérapeute - logopède - .....
- Divers : .....

**5. Médecin traitant** : Nom : .....  
Téléphone/GSM : .....

**6. Entrée au Centre d'Accueil de Jour :**

Jours de préférence :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

**7. Documents à annexer :**

- Copie de la carte d'identité
- Echelle de Katz complétée et signée par le médecin traitant ou infirmier