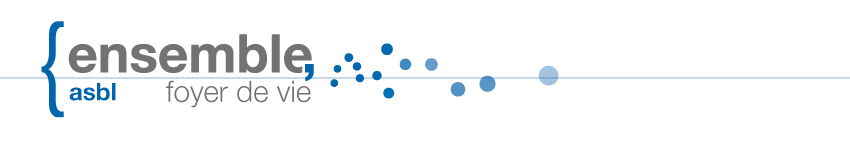
****

CONFIDENTIEL

**« ENSEMBLE »**

# DOCUMENT « SOCIO-MEDICO-EDUCATIF »

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de la demande :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Dossier introduit par :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## PARTIE ADMINISTRATIVE

* Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse :

Rue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. n°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Département/Province : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Lieu de naissance :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date de Naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Nationalité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse des parents :

|  |  |
| --- | --- |
| Père | Mère |
| Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Rue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Localité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fax : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél. professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Rue (si séparés) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  N° : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Localité :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fax :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél. professionnel :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Mesure de protection judiciaire : Choisissez un élément.  Autres mesures : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de la mesure :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom prénom du représentant légal : Choisissez un élément. Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si autre :

Rue :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fax :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Si association tutélaire (pour les ressortissants Français) :

Dénomination : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Rue :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fax :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Délégué(e) de tutelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Orientation MDPH (pour les ressortissants Français) :

Rue :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Fax :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne de contact : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité : du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

* N°AVIQ  (pour les ressortissants belges) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**A fournir uniquement en cas d’admission (pour les ressortissants Français)**

* Carte d’identité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

* Admission Aide Sociale :

Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

* CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* AAH, AES, ALS, … : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* CPAM :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 100% ? : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° sécurité sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Carte valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Au Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* CMU : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

* Mutuelle complémentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

* Carte Européenne d’Assurance Maladie
* Validité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

1. **INFORMATIONS SOCIALES**

* **Composition familiale :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| Profession | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| État civil | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Né(e) le | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| A | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Fratrie** |  |  |  |  |
| Nom(s) et prénom(s) | Profession | État civil | Lieu de naissance | Date de naissance |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

* **Histoire personnelle et contexte familial :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Parcours institutionnel et/ou hospitalier de la personne :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Périodes | Lieux et adresses | Tél. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Souhaits et attentes de la famille et/ou du représentant de la personne (projet à court, moyen, long terme...) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Fréquence des retours désirée :** Choisissez un élément. Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Moyens de locomotion :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**III.INFORMATIONS MEDICALES (Partie à faire parvenir sous pli fermé à l’attention du Médecin Coordinateur)**

* Médecin généraliste :

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Rue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Fax : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Médecins spécialistes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Noms | Adresses | Spécialité | Tél |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |

* Taille : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Poids : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Groupe sanguin : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Rhésus : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Antécédents héréditaires de la personne (épilepsie, diabète, allergies, maladies génétiques...) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Les données personnelles :**

* **Problème à la naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Hospitalisations et/ou interventions chirurgicales :**

|  |  |
| --- | --- |
| Raisons | Date |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

* Allergies : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Troubles digestifs : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Maladies cardiaques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Maladies respiratoires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Maladies infectieuses (HIV, hépatites…) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Vaccinations :

|  |  |
| --- | --- |
| Vaccination | Date |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Remarque : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Épilepsie** :Choisissez un élément.
* Étiologie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Type : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Fréquence :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Éléments associés : (incontinence, morsures, prodrome, réponse au traitement, …) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Troubles alimentaires :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Incontinence :** fécale urinaire diurne  nocturne

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Troubles du sommeil :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Troubles Visuels :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Troubles Auditifs :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Tabagisme :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **État dentaire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Autres troubles :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **La médication :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matin | Midi | Soir | Coucher |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

* **Gynécologie :**

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Rue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Localité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél fixe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. GSM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fax : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les règles sont-elles ? Régulières douloureuses abondantes

Mode de contraception :

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Éléments de santé mentale ou d’ordre psychiatrique :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Sexualité, comportements sexuels :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**IV.ELEMENTS EDUCATIFS ET PRISE EN CHARGE JOURNALIERE**

* **Traits de personnalité.**

Décrivez en quelques lignes les composantes de la personnalité du résident. Exemples : collaboration, opposition, seuil de frustration, tolérance au changement, intégration, place dans le groupe, agressivité physique et verbale, anxiété, culpabilité, recherche le contact, conscience du danger... : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Formes de communication et langage :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **Prise en charge :**

1. **L’hygiène :**

* Se lave à l’évier Choisissez un élément.
* Prend un bain Choisissez un élément.
* Se douche Choisissez un élément.
* Utilise le savon Choisissez un élément.
* S’essuie Choisissez un élément.
* Fait sa toilette intime Choisissez un élément.
* S’habille Choisissez un élément.
* Se déshabille Choisissez un élément.
* Se rase Choisissez un élément.
* Se chausse Choisissez un élément.
* Fait les lacets Choisissez un élément.
* Se coiffe Choisissez un élément.
* Manipulation d’un robinet Choisissez un élément.
* Va au w-c Choisissez un élément.
* S’essuie le derrière après passage w-c Choisissez un élément.
* Se lave les mains après w-cChoisissez un élément.

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Les déplacements :**

* Marche Choisissez un élément.
* Capable de franchir une marche Choisissez un élément.
* Se déplace sur sol irrégulier Choisissez un élément.
* Se repère à l’intérieur du foyer Choisissez un élément.
* Se repère à l’extérieur du foyer Choisissez un élément.
* A conscience du danger Choisissez un élément.
* Respecte le code de la routeChoisissez un élément.
* Prend les transports en communChoisissez un élément.
* A un comportement adapté en déplacementChoisissez un élément.

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Le coucher, la nuit, le lever :**

* Se lève Choisissez un élément.
* Se couche Choisissez un élément.
* S’endort Choisissez un élément.

Remarques (rites, habitudes du lever et du coucher, se lève la nuit, difficultés au coucher, ...) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Les repas :**

* Utilise une fourchette Choisissez un élément.
* Utilise un couteau Choisissez un élément.
* Utilise une cuillère Choisissez un élément.
* Coupe sa viande Choisissez un élément.
* Se verse à boire Choisissez un élément.
* Beurre le pain Choisissez un élément.
* Dresse et débarrasse la table Choisissez un élément.
* Fait la vaisselle Choisissez un élément.

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Les acquis :**

* Compte Choisissez un élément.
* Lit-écrit Choisissez un élément.
* Recopie Choisissez un élément.
* Lit l’heure Choisissez un élément.
* Se concentre à une tâche Choisissez un élément.
* Applique une consigne simple Choisissez un élément.
* Se situe dans le temps Choisissez un élément.
* Se situe dans l’espace Choisissez un élément.

Remarques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Loisirs, activités, occupations, sports : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Centres d’intérêts, sources de plaisir : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Comportements à risque : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**V. Éléments psychologiques.**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Tests psychologiques :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Type de test | Résultat |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*NB* : le présent document peut être accompagné de rapports, synthèses, certificats, ...

**Merci pour votre collaboration !**

Document à renvoyer à :

**ASBL « ENSEMBLE » – 36 vieux chemin de Lille à 7501 ORCQ – Belgique**

**Tél : +32 69 766 808**

**Fax : +32 69 766 788**

**Mail : od@ensembleasbl.eu**