

FICHE D'INFORMATION(S) PRÉOCCUPANTE(S) OU DE SIGNALEMENT D'ENFANT EN DANGER

NOM DE L'ETABLISSEMENT : (CIRCONSCRIPTION pour les écoles) : Adresse : Tél. : _____ E-mail : _____																		
REDACTEUR DE LA FICHE : Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____ Tél. : _____ E-mail : _____																		
AUTRE(S) PERSONNE(S) AYANT PARTICIPE A L'EVALUATION : Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____ Tél. : _____ E-mail : _____																		
DESTINATAIRE DU SIGNALEMENT : Service social en faveur des élèves et service de santé scolaire – 26, Avenue de l'Observatoire – 25030 BESANÇON Cédex Tél. : 03.81.65.48.98 - e-mail : ce.sante.dsden25@ac-besancon.fr Ce service transmet la fiche d'information(s) préoccupante(s) ou le signalement d'enfant en danger au SDRIP du Conseil Départemental ou aux services de la Justice et vous informe des suites données																		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">ENFANT</td> </tr> <tr> <td>NOM - Prénom :</td> </tr> <tr> <td>Adresse où il, elle, réside :</td> </tr> <tr> <td>Date de naissance :</td> </tr> <tr> <td>Lieu de naissance :</td> </tr> <tr> <td>Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin</td> </tr> <tr> <td>CLASSE (rubrique obligatoire) : <input type="checkbox"/> REP <input type="checkbox"/> REP +</td> </tr> <tr> <td>RÉGIME : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> ½ pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">A REMPLIR PAR LES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DU DOUBS</p> <p>MOTIFS :</p> <p><input type="checkbox"/> violences physiques <input type="checkbox"/> violences psychologiques <input type="checkbox"/> violences sexuelles <input type="checkbox"/> violences conjugales <input type="checkbox"/> harcèlement <input type="checkbox"/> négligences lourdes <input type="checkbox"/> défauts de soins</p> <p>comportement compromettant :</p> <p><input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Moralité <input type="checkbox"/> d'éducation développement</p> <p>----- ABSENTEISME <input type="checkbox"/></p> <p>----- <input type="checkbox"/> intra-familial <input type="checkbox"/> extra-familial <input type="checkbox"/> institutionnel</p> <p>----- <input type="checkbox"/> Transmission au SDRIP <input type="checkbox"/> Transmission directe au PROCUREUR</p>	ENFANT	NOM - Prénom :	Adresse où il, elle, réside :	Date de naissance :	Lieu de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	CLASSE (rubrique obligatoire) : <input type="checkbox"/> REP <input type="checkbox"/> REP +	RÉGIME : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> ½ pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">PARENTS</td> </tr> <tr> <td>NOM - Prénom du père :</td> </tr> <tr> <td>Adresse :</td> </tr> <tr> <td>Tél. :</td> </tr> <tr> <td>Profession : _____</td> </tr> <tr> <td>NOM - Prénom de la mère :</td> </tr> <tr> <td>Adresse :</td> </tr> <tr> <td>Tél. :</td> </tr> <tr> <td>Profession :</td> </tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">MILIEU FAMILIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> mère seule <input type="checkbox"/> père seul <input type="checkbox"/> famille recomposée <input type="checkbox"/> enfant hors milieu familial</p> <hr/> <p>Les parents ont-ils été avisés :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si NON, pourquoi :</p> <hr/> <p>Informez la famille, sauf en cas de nécessité de protection immédiate ou inquiétudes importantes.</p>	PARENTS	NOM - Prénom du père :	Adresse :	Tél. :	Profession : _____	NOM - Prénom de la mère :	Adresse :	Tél. :	Profession :
ENFANT																		
NOM - Prénom :																		
Adresse où il, elle, réside :																		
Date de naissance :																		
Lieu de naissance :																		
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin																		
CLASSE (rubrique obligatoire) : <input type="checkbox"/> REP <input type="checkbox"/> REP +																		
RÉGIME : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> ½ pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne																		
PARENTS																		
NOM - Prénom du père :																		
Adresse :																		
Tél. :																		
Profession : _____																		
NOM - Prénom de la mère :																		
Adresse :																		
Tél. :																		
Profession :																		

Fait à

le

(Joindre le document 2)

TOUTES LES RUBRIQUES ET CASES DOIVENT ETRE IMPERATIVEMENT RENSEIGNEES