## 





# SIGNALEMENT D’ENFANT EN DANGER

**à l’autorité judiciaire** **(Procureur de la République)**

**Copie au service Enfance et Famille du Département**

**□ Document original**

**□ Copie adressée à la CRIP**

**□ Références DSDEN :**

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICATION DU RÉDACTEUR | ORIGINE DES FAITS |
| Etabli par :    Fonction :  Lieu de travail :  Tél. :  Fax :  Courriel :  Date du recueil: | Faits constatés par le signalant : OUI **□**  NON **□**  Rapportés au signalant : OUI **□**  NON **□**  par qui (préciser) : |

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE CONCERNÉ(E) |
| Nom :  Prénom :  Date et lieu de naissance :  Adresse où vit l’enfant :  Ecole ou établissement scolaire :  Classe :  **Milieu de vie :** Parents **□** Parent seul **□** Famille recomposée **□**  Elève seul-e **□** Autre **□** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPOSITION DE LA FAMILLE | | | | |
| **Parent 1** **□**  Nom :  Prénom :  Genre : M **□** F **□**  Adresse :  Tél :  Courriel :  Situation professionnelle :  Situation familiale : | | | **Parent 2** □  Nom :  Prénom :  Genre :M **□** F **□**  Adresse :  Tel :  Courriel :  Situation professionnelle :  Situation familiale : | |
| **Beau- parent 1** **□**  Nom :  Prénom :  Genre :M **□** F **□**  Adresse :  Tél :  Courriel :  Situation professionnelle :  Situation familiale : | | | **Beau -parent 2** **□**  Nom :  Prénom :  Genre :M **□** F **□**  Adresse :  Tel :  Courriel :  Situation professionnelle :  Situation familiale : | |
| **FrÈres et soeurs (situer l’enfant DANS LA FRATRIE)** | | | | |
| **Nom Prénom** | **Date de naissance** | **Ecole ou établissement fréquenté** | | **Remarque particulière** |
|  |  |  | |  |
| **Autorité parentale exercée par :**  Parent 1 **□** Tuteur/tutrice **□**  Parent 2 **□** Autres **□** | | | | |
| AUTRES SERVICES CONNAISSANT L’ÉLÈVE | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| MOTIF DU SIGNALEMENT |
| **Maltraitance :**  **□** violences physiques  **□** violences psychologiques  **□** violences sexuelles  **□** négligences lourdes  **Situation de risque pour :** **□** sa santé  **□** sa sécurité  **□** sa moralité  **□** son éducation et son développement    **Lieu :** Intra familial **□** Extra familial □Institutionnel **□** |
|  |

|  |
| --- |
| CONSTAT MÉDICAL |
| Oui **□** Non **□**  Date :  Nom du médecin : |

|  |
| --- |
| EXPOSÉ DES FAITS |
|  |

Date :

Signature :