##



# 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 :