**FICHE DE RECUEIL ET DE TRANSMISSION**

**D’UNE INFORMATION PREOCCUPANTE**

Transmettre à[*tippv92@hauts-de-seine.fr*](mailto:tippv92@hauts-de-seine.fr)

Copie à[*ce.ia92.cabinet@ac-versailles.fr*](mailto:ce.ia92.cabinet@ac-versailles.fr)

**Date du recueil :**      /     /

**Mode de recueil :** TéléphoneCourrier(joindre original ou photocopie)  Entretien(s)

**Identification du ou des mineur(s) concerné(s) :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance | Lieu de naissance | Scolarité ou mode garde |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Adresse :

**Autre(s) enfant(s) de la fratrie :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance  ou âge | Scolarité ou mode garde |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Identification des parents :**

**Père :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance  ou âge | Situation maritale |
|  |  |  |  |

Adresse (si différente de celle de l’enfant) :

      Téléphone :

**Mère :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance  ou âge | Situation maritale |
|  |  |  |  |

Adresse (si différente de celle de l’enfant) :

      Téléphone :

**Autorité parentale : Père**  **Mère :**  **Autre** :

|  |
| --- |
| **Contenu de l’information préoccupante** (un rapport complet peut être joint): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l’information préoccupante :** \*comprendre « ne sait pas » par « pas d’élément de réponse » | |
| A : Violences sexuelles / Abus sexuels envers l’enfant  Oui  Non  Ne sait pas\* | B : Violences physiques envers l’enfant  Oui  Non  Ne sait pas\* |
| C : Négligence lourde envers l’enfant  Oui  Non  Ne sait pas\* | D : Violences psychologiques envers l’enfant  Oui  Non  Ne sait pas\* |
| **Si ni A, ni B, ni C, ni D ne sont cochés oui :** \*comprendre « ne sait pas » par « pas d’élément de réponse » | |
| E : Conditions d’éducation défaillante sans maltraitance évidente  Oui  Non  Ne sait pas\* | F : Danger résultant du comportement de l’enfant lui-même  Oui  Non  Ne sait pas\* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eléments complémentaires :**  Les parents ont-ils été préalablement informés de la transmission de l’information préoccupante à la CRIP 92 et ce, sauf intérêt contraire de l’enfant, conformément aux dispositions de l’article L. 226-2-1 du Code de l’Action Sociale et des Familles ? | | | |
| Oui  Non  Si Non, motif :  *Si Oui : indiquer dans le § contenu de l’IP, quelle a été la réaction des parents et ce qui a pu ou non être échangé sur les difficultés repérées*. | | | |
| Mesures d’accompagnement déjà effectuées auprès du mineur et de sa famille : | | | |
| Type de mesure : | Service : | | Date : |
| Type de mesure : | Service : | | Date : |
| Type de mesure : | Service : | | Date : |
| **Identification de la personne à l’origine de l’information préoccupante :** | | | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | | |
| Téléphone : | | Courriel : | |
| **Demande d’anonymat** : Oui  Non | | | |
| **Quelle est la qualité de la personne à l’origine de l’information préoccupante ?** (enfant lui-même, parents de l’enfant, autre particulier, enseignant, médecin…) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de la personne qui a recueilli et transmis l’information préoccupante à la CRIP 92 :**  Organisme :  Service : | |
| Nom : | Prénom : |
| Fonction : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Courriel : |
| Signature du professionnel : Signature du chef de service : | |