**FICHE DE RECUEIL ET DE TRANSMISSION**

**D’UNE INFORMATION PREOCCUPANTE**

Transmettre à*tippv92@hauts-de-seine.fr*

Copie à*ce.ia92.cabinet@ac-versailles.fr*

**Date du recueil :**      /     /

**Mode de recueil :** Téléphone**[ ]** Courrier(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 naissanceou 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 : |