

ACADEMIE DE DIJON - DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DE L'EDUCATION NATIONALE DE SAONE - ET - LOIRE
SERVICE D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES ELEVES

Tél : 03.85.22.55.31 / 55.47 - service.social71-protectiondelenfance@ac-dijon.fr

INFORMATION PREOCCUPANTE

Loi n° 2007- 293 - JO 55 du 06/03/2007 relative à la Protection de l'Enfance

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance

Transmission par courrier postal ou mail (si urgent uniquement) (1 fiche par enfant)

Veillez à utiliser de l'encre noire uniquement

Emetteur :

Date : ___ / ___ / ___ Heure _____

Nom et fonction du rédacteur de la fiche :

Coordonnées (adresse complète et téléphone) +
coordonnées téléphoniques de l'émetteur si différentes
de celles de l'établissement

Signature : _____

Destinataire :

Service d'action sociale et de promotion de la santé
en faveur des élèves

S/C de l'Inspecteur de l'Education nationale
(pour le premier degré)

La Conseillère Technique Départementale,
Céline ESPOSITO

Vu et transmis le : ___ / ___ / ___

(en cas d'urgence envoyer directement au service d'action
sociale et copie par la voie hiérarchique)

ENFANT CONCERNE

Nom : _____

Lieu de scolarité et ville _____

Prénom : _____

Classe : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Lieu de naissance : _____

Adresse de l'enfant au moment des faits :

Adresse habituelle de l'enfant : _____

A votre connaissance un suivi est-il exercé par des services médico-sociaux? oui non
Si oui lesquels ? _____

Enfant relevant de la MDPH oui non

Eléments nouveaux dans le contexte de vie d'un enfant déjà suivi

Signalement précédent concernant l'enfant :

Aucun

1 fois

2 fois

plus

COMPOSITION FAMILIALE

PARENTS :

- Père : _____

Coordonnées : _____

- Mère (nom de jeune fille) : _____

Coordonnées : _____

- Détenteur(s) de l'autorité parentale : Père et mère

Autres : Préciser _____

Père seul

Mère seule

FRATRIE :

Nom	Prénom	Date de naissance	Profession ou scolarité (Si vous la connaissez)

⇒ **SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT AU JOUR DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vit avec ses deux parents | <input type="checkbox"/> Vit avec un autre membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> Vit avec sa mère seule | <input type="checkbox"/> Vit en famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Vit avec sa mère / famille recomposée | <input type="checkbox"/> Vit en maison à caractère social (MECS) |
| <input type="checkbox"/> Vit avec son père seul | Adresse : _____ |
| <input type="checkbox"/> Vit avec son père /famille recomposée | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vit avec ses deux parents en garde alternée | <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) |
| | <input type="checkbox"/> Vit chez un tiers digne de confiance |
| | <input type="checkbox"/> Autre, précisez |

FAITS RAPPORTES :

FAITS CONSTATES ET EVALUES : ⇒ Si impossible à évaluer, pourquoi ?

DEMARCHES ENGAGEES :

- Entretien avec les parents ? ⁽¹⁾ oui non Père Mère , etc.. Préciser :

Prévenu(s) par téléphone , entretien

- Serait-il possible de préciser la réaction des parents à la communication de l'établissement de l'I.P. ?

- Qu'a-t-on dit à l'enfant ?

- Contact avec le service médical ou infirmier de l'Education nationale ?

oui non

- Un constat médical a-t-il été effectué ?

oui non

- Un service socio-éducatif a-t-il été déjà contacté ?

oui non

Joindre les documents annexes s'il y a lieu :

- Certificat médical pour le médecin scolaire,
- Rapport ou témoignages établis par d'autres personnes, ...

(1) Sauf intérêt contraire de l'enfant, l'établissement doit informer le père, la mère, le tuteur ou toute personne exerçant l'autorité parentale, de la transmission de l'IP.