****

**Etablissement public du 2nd degré**

**PROTECTION DE L’ENFANCE**

Loi du 5 mars 2007

 **INFORMATION PRÉOCCUPANTE**

 **SIGNALEMENT**

|  |
| --- |
| **Attention :** avant de remplir cet imprimé, **contacter impérativement :**   * L’équipe médico-sociale de l’EPLE : **Assistante sociale**, Infirmière, Médecin   Et / ou   * Les conseillers techniques départementaux du service médico-social : secrétariat - **05.36.25.76.62**   Mme VERZINET – Responsable du Service Social en Faveur des Elèves - **05 36 25 76 57**  Mme ARNAUD/ Médecin – **05 36 25 76 56**  Si besoin, l’avis de : |
| * La Cellule Départementale de la Protection de l’Enfance (CDPE) – secrétariat : **05 63 21 42 13**   **Si urgence**, contacter :  Directeur enfance et familles **05.63.21.46.65**  Secrétariat CDPE **05.63.21.42.15**  N° Vert : **0800008282** (24h/24h) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Expéditeur :**  Nom, prénom :  Qualité :  Etablissement :  Date de la rédaction :  REP : OUI NON  Adresse :  Tel :  Mail : | **Destinataires systématiques :**  **Service médico-social des élèves - Tél: 05.36.25.76.62.**  Mail : [**sante-scol82@ac-toulouse.fr**](file:///D:\Utilisateurs\assistante%20sociale\AppData\Local\Temp\sante-scol82@ac-toulouse.fr) **avec AR** |

**Renseignements administratifs sur l’enfant concerné :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  Date de naissance :  Classe : | Prénom :  M ou F |

**Renseignements administratifs sur les responsables légaux :**

|  |  |
| --- | --- |
| Père :  Tél : | Adresse :  Profession : |
| Mère :  Tél : | Adresse :  Profession : |

**Renseignements sur la fratrie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Né(e) le | Lieu de scolarisation |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Motifs de l’IP (plusieurs choix possibles) :**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Violences physiques  Violences psychologiques  Violences sexuelles  Mutilations sexuelles féminines  Négligences lourdes  Conditions d’éducation compromises | Comportement de l’enfant  MNA  Violences conjugales |
|  | |

**Informations recueillies après contact avec la Maison Des Solidarités (MDS) du domicile des parents**

|  |
| --- |
| La famille est-elle connue de leurs services ? :  OUI  NON,  si oui à quel titre :  La famille est-elle encore suivie ?  OUI  NON  Nom du travailleur social :  Avis du responsable de la MDS concernant la transmission de l’information préoccupante : |

**Indiquez les autres démarches éventuellement effectuées**

|  |  |
| --- | --- |
| Contact avec : | Assistante Sociale scolaire  Infirmier scolaire  Médecin scolaire  Conseillers Techniques Départementaux |
|  |
|  |
|  |
| Avis des personnes contactées : | |

**Exposé de la situation**

|  |
| --- |
| Descriptif des faits rapportés ou constatés :  L’enfant me dit que : « … »  Situation scolaire :  Observations complémentaires : |

**Autres services intervenant sur la situation si vous le savez : santé, sociaux, sauvegarde de l’enfance, service de placement…**

|  |
| --- |
|  |

**Les parents sont-ils informés de votre démarche ?**  OUI  NON

**Si non pourquoi ?**

Rappel loi 2007 : « **sauf intérêt contraire de l’enfant**, le père, la mère, ou le détenteur de l’autorité parentale est informé de la transmission d’une information préoccupante ».

**ATTENTION : Pour toute situation ou suspicion de violences sexuelles, aucune information ne doit être donnée à la famille sur les révélations reçues et le signalement en cours.**

**Cet écrit est rédigé à la demande de l’institution.**