|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Coordination Enfance en Danger  52-54 avenue de la République  68000 COLMAR |

# FICHE DE RECUEIL D’INFORMATION PREOCCUPANTE

**DATE :**

**Travailleur médico-social :**

**1. CONCERNE LE(S) MINEURS (S) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM :  Prénom :  Sexe : F  M  Date de naissance :  Age **:** | NOM :  Prénom :  Sexe : F  M  Date de naissance :  Age **:** | NOM :  Prénom :  Sexe : F  M  Date de naissance :  Age **:** |
| **Domicile, ou résidence où se trouve le mineur actuellement** | | |
| **Situation scolaire et coordonnées de l’établissement** | | |
| Classe :  Etablissement : | Classe :  Etablissement : | Classe :  Etablissement : |

**2. SITUATION FAMILIALE DU MINEUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements relatifs aux parents** | |
| **Parent 1 de…** | **Parent 2 de….** |
| NOM : | NOM : |
| Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : |
| Adresse : | Adresse : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Situation professionnelle : | Situation professionnelle : |
| **Renseignements relatifs aux personnes vivant éventuellement avec le parent 1 ou le parent 2** | |
| **Personne vivant avec le parent 1** | **Personne vivant avec le parent 2** |
| NOM : | NOM : |
| Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Situation professionnelle : | Situation professionnelle : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autres personnes liées à la famille** | | | | |
| Nom - Prénom | Age | Adresse | Lien (parenté ou autre) | Situation professionnelle/  scolaire |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3. ORIGINE DE L’INFORMATION**

|  |
| --- |
| DATE :  **Constat direct du professionnel**  **Information transmise par :**  NOM PRENOM  ORGANISME/ADMINISTRATION :  SERVICE :  FONCTION :  LIEN AVEC LE MINEUR (enseignant, voisin…):  ADRESSE :  TELEPHONE :  DEMANDE L’ANONYMAT : oui  non |

4. ELEMENTS PREOCCUPANTS RAPPORTES PAR LE DECLARANT

5. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET PROPOSITIONS EVENTUELLES (éléments dont vous avez connaissance, mesures déjà en place, professionnels intervenant auprès de la famille et/ou de l’enfant, autres informations connues…)

## 6. INFORMATION DES PARENTS OU DES DETENTEURS DE L’AUTORITE PARENTALE ET DES MINEURS CONCERNANT LA TRANSMISSION DE L’INFORMATION PREOCCUPANTE

oui  non

Si non, en quoi l’intérêt du mineur s’y opposait-il :

**7. PERSONNE AYANT RECUEILLI L’INFORMATION PREOCCUPANTE :**

NOM PRENOM: 

FONCTION :

ORGANISME/ADMINISTRATION / SERVICE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

**SIGNATURE(S) :**

**NB : Fiches statistiques à joindre dans les cas suivants : suspicions de violences physiques ou d’infractions sexuelles, ou en complément dans le cadre d’un dossier ouvert à la Justice ou à l’Aide Sociale à l’Enfance.**

**Grille statistique**

**Principaux éléments de danger ou de risque identifiés (cocher 4 items au maximum) :**

**Enfant**

**1 2 3**

Troubles mentaux d’un parent

Déficience intellectuelle d’un parent

Conduites addictives d’un parent.

Conflits familiaux ou conjugaux

Violences intrafamiliales

Isolement familial /social

Difficultés socio-économiques

Santé du mineur

Education

Difficultés scolaires / insertion professionnelle

Relation parents/enfants

Violences physiques dont le mineur est auteur

Violences sexuelles dont le mineur est auteur

Troubles du comportement

Troubles du développement de l’enfant

Négligences lourdes

Violences psychologiques envers le mineur

Infractions à caractère sexuel sur le mineur

Violences physiques envers le mineur