 Annexe 2

Document à adresser à :

**CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES**

**Service ASE – Direction Enfance Familles**

13, rue Marchand Saillant

CS 70541-61017 Alençon Cedex

Télécopie : 02.33.81.60.94

Courriel : crip@orne.fr

Fiche de Recueil d’InformationS PREOCCUPANTES Préoccupante

1. **Identification du signalant ou de la structure signalante et coordonnées**

Le signalant souhaite-t-il garder l’anonymat ?

Oui  Non

Si non, Nom : **\_** Prénom :

Coordonnées :

Lien avec la famille : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**2 Informations reçues par :**

**Nom :** \_ **Prénom :**  **Fonction :**

Date de l’information : Heure : 

Mode de recueil :

Téléphone  Courrier (joindre photocopie)

Accueil  Entretien

CRIP  Mail (joindre photocopie)

1. **Identification des mineur(s) concerné(s) et des autres membres de la fratrie :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Né(e) le | Age | Ecole fréquentée - Classe |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Adresse :

«  Conformément à la loi « information et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Monsieur le Président du Conseil Départemental de l’Orne »

1. **Identification des parents ou des responsables légaux**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom | Né(e) le | **Adresse** (si différente de celle du ou des mineur(s) concerné(s)) |
| Père |  |  |  |  |
| Mère |  |  |  |  |
| Autre représentant légal |  |  |  |  |

* **Autorité parentale :**

 



* **Résidence de l’Enfant :**



Mère

1. **Les éléments préoccupants (informations aussi précises que possible et datées dans la mesure du possible)**

P.S. : Ne pas hésiter à relire les informations notées avec l’informateur.

1. **En cas de maltraitance, les faits ont-ils été constatés ?**   Oui  Non

Par qui ?

Nb. : Si un médecin a constaté des marques de coups, merci d’adresser le certificat médical sous pli cacheté à l’attention de la CRIP : 13, rue Marchand Saillant, CS 70541-61017 ALENÇON Cedex avec mention « secret médical ».

Sont-ils fréquents ?  Oui  Non

1. **A votre connaissance l’enfant bénéficie-t-il d’une prise en charge ou d’un accompagnement : service social départemental, PMI, médecin traitant, centre de loisirs, crèche…**

Oui  Non  Lequel ?

1. **A votre connaissance la famille a-t-elle déjà fait l’objet :**

* **D’une information préoccupante ou d’un signalement à la Justice**

Date : Suite donnée :



* **D’une mesure au titre de la protection de l’enfance**

Date :



**Précisez le type de mesure :**

**Intervenant :**

**Coordonnées de l’organisme :**

1. **Information aux parents**

**Important**: Conformément à l’article L.226-2-1 du Code de l’action sociale et des familles, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l’enfance ainsi que celles qui lui apportent leur concours ( partenaires institutionnels, autorité judicaire, services publics, établissement éducatifs publics et privés…) ont l’obligation, sauf intérêt contraire de l’enfant, d’informer préalablement, selon des modalités adaptées, le père, la mère, toute autre personne exerçant l’autorité parentale ou le tuteur de la transmission d’une information préoccupante.

**Les parents ou responsables légaux ont-ils été informés de la transmission de l’information préoccupante concernant leur(s) enfant(s) à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes ?**

****

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Date et signature : **