



DÉPARTEMENT
Finistère
Penn-ar-Bed

Recueil d'information préoccupante concernant un enfant en danger ou en risque de danger

Document à transmettre au Conseil départemental du Finistère

Document à compléter par le professionnel qui a recueilli l'information

PROFESSIONNEL RECUEILLANT L'INFORMATION

Nom : Prénom :

Fonction :

Nom de la structure :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Courriel professionnel :

Date de réception de l'information préoccupante :

Comment avez-vous eu connaissance de ces faits ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un entretien téléphonique | <input type="checkbox"/> Un entretien physique |
| <input type="checkbox"/> Un écrit / un courrier | <input type="checkbox"/> Au cours de l'accompagnement d'une famille |
| | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : |

Avez-vous été témoin vous-même des faits décrits et signalés ? Oui Non

**Si NON, merci de répondre aux questions suivantes,
Si OUI, passer directement à la page suivante**

Origine : coordonnées de la personne qui transmet l'information préoccupante

La personne qui communique l'information veut-elle conserver l'anonymat ? Oui Non

Si la personne ne souhaite pas rester anonyme, veut-elle être informée qu'une suite à été donnée ? Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune : N° de téléphone :

**Qui est cette personne qui communique l'information
préoccupante ?**

(=qui vous a communiqué les éléments)

- Le mineur lui-même
- Le(s) parent(s) de l'enfant (ou détenteur(s) de l'autorité parentale)
- Un autre membre de la famille
- Un particulier
- Un élu
- Un intervenant institutionnel (professionnel)
- Ne sait pas

ENFANT(S) CONCERNÉ(S) PAR L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom				
Prénom				
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Age ou date de naissance				
N° AMSI				
Nom prénom du père de l'enfant				
Est-il informé de la démarche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pour quelles raisons ?				
Adresse				
Code postal				
Commune				
Nom prénom de la mère de l'enfant				
Est-elle informée de la démarche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pour quelles raisons ?				
Adresse				
Code postal				
Commune				

Nombre d'enfant(s) mineur(s) au domicile :

Lieu de résidence habituelle de(s) enfant(s) :

Si la structure est différente pour chaque enfant, cocher plusieurs cases, en précisant devant chaque case cochée le nom et le prénom de l'enfant concerné

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avec les deux parents
<input type="checkbox"/> Avec la mère
<input type="checkbox"/> Avec le père
<input type="checkbox"/> Chez un autre membre de la famille | <input type="checkbox"/> En famille d'accueil
<input type="checkbox"/> En établissement
<input type="checkbox"/> Chez un tiers digne de confiance
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :
<input type="checkbox"/> Ne sait pas |
|---|---|

Adresse du lieu de résidence habituelle de l'enfant :

Code postal : Commune :

Lieu de scolarisation de l'enfant :

Commune :

Observations :

N° de téléphone :

Nom de l'établissement :

Encadré à compléter par les services du Conseil départemental après réception de l'information préoccupante

Au moment de la réception de l'information préoccupante, la famille est-elle connue de nos services ? A la date de réception de l'information préoccupante, l'enfant bénéficie-t-il déjà d'une mesure de protection de l'enfance ? Si oui, quelle(s) mesure(s) ? Quels intervenants ? Nombre d'information(s) préoccupante(s) déjà parvenue(s) au Conseil départemental pour cet enfant et dates : (Ne pas compter ce recueil d'information)	Service social Service PMI*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--------------------------------	---

*Service de la Protection Maternelle et Infantile

Exposé de la situation :

Préciser les dates, faits et circonstances (en préservant l'anonymat de la personne qui l'aurait demandé) :

NATURE DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE

Nature du danger ou risque de danger repéré

Santé en danger ou en risque de danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Sécurité en danger ou en risque de danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Moralité en ou en risque de danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Condition d'éducation gravement compromises ou en risque de l'être	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Condition de développement physique, intellectuel, affectif ou social gravement compromises ou en risque de l'être	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<i>En cas de maltraitance, type de mauvais traitement</i> Violence sexuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Violence psychologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Violence physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Négligence lourde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Commentaires quant à la nature du danger ou risque de danger, aux conséquences sur le ou les enfant(s) concerné(s) :

Où les faits se produisent-ils ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Au lieu de résidence habituelle de l'enfant | <input type="checkbox"/> Au sein de l'établissement scolaire |
| <input type="checkbox"/> Au domicile de l'autre parent | <input type="checkbox"/> Chez l'assistant(e) maternel(le) ou familial(le) |
| <input type="checkbox"/> Au domicile d'un autre membre de la famille | <input type="checkbox"/> Au sein de l'établissement de l'Aide Sociale à l'Enfance |
| <input type="checkbox"/> Chez un tiers en dehors de la famille | <input type="checkbox"/> Dans un lieu public |
| <input type="checkbox"/> A la crèche / halte garderie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Dans la structure d'animation socio-culturelle | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Précisions (adresse, nom...) :

Qui est l'auteur présumé des faits ?

Un homme Une femme

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'enfant concerné est lui-même l'auteur | <input type="checkbox"/> Autre personne connue du mineur |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille vivant avec le mineur | <input type="checkbox"/> Autre personne inconnue du mineur |
| <input type="checkbox"/> Autre personne vivant avec le mineur | <input type="checkbox"/> Personne ne vivant pas avec le mineur sans distinction supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> Membre du lieu de prise en charge en hébergement du mineur | <input type="checkbox"/> Autre enfant |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille ne vivant pas avec le mineur | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Professionnel et assimilé ayant autorité sur le mineur | |

L'enfant vit-il avec l'auteur présumé des faits ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, de façon permanente |
| <input type="checkbox"/> Oui, en ce moment | <input type="checkbox"/> Oui, de façon régulière (week-ends, vacances...) |

Date :
Nom, prénom :
Fonction :
Signature :

Document à transmettre à :

**Cellule de recueil des informations préoccupantes
Conseil départemental du Finistère**

Direction Enfance Famille
32, boulevard Dupleix 29196 Quimper cedex
Tel. 02 98 76 63 36
Fax. 02 98 76 23 52
crip@finistere.fr