|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Le signalant** | | | |
| Nom, Prénom : |  | Profession : |  |
| Adresse : |  | Téléphone |  |
| Email : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Le mineur** | | | | |
| Nom, Prénom : |  | | Âge ou  date de naissance : |  |
| Scolarité :  Établissement, type de structure, classe, mode d’accueil… | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. La personne accompagnatrice** | | | |
| Nom, Prénom : |  | Âge ou  date de naissance : |  |
| Sexe : | Femme  Homme | Lien avec  le mineur : |  |
| Téléphone : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Lieu de vie du mineur** | | | | |
| Adresse : |  | | | |
| Ville : |  | | Code postal : |  |
| Autre(s) mineur(s) vivant au domicile :  Nom, prénom, âge, lien avec le mineur concerné | | |  | |
| Informations complémentaires :  *Si adresse exacte inconnue, informations sur le lieu de vie…* | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Les parents** | | | | |
| Contexte familial :  Parents séparés ? Mode de grade ? Facteurs de risque de vulnérabilité ? … | | |  | |
| Parent – 1 | | | | |
| Nom, Prénom : |  | | Âge ou  date de naissance : |  |
| Profession : |  | |
| Informations sur le lieu de vie :  *Si différent de celui du mineur* | |  | | |
| Parent – 2 | | | | |
| Nom, Prénom : |  | | Âge ou  date de naissance : |  |
| Profession : |  | |
| Informations sur le lieu de vie :  *Si différent de celui du mineur* | |  | | |

**6. Informations relatives à la situation de danger**

Avez-vous déjà réalisé une information préoccupante (IP) ou un signalement au sujet de cette situation ? Avez-vous connaissance d’un suivi social antérieur ? :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’enfant présente-t-il des besoins spécifiques ou particuliers ? Des antécédents médicaux ? Est-il pris en charge par d’autre professionnels, si oui lesquels ? :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Informations relatives au danger :

*Décrivez les éléments cliniques nécessaires au traitement de la situation.*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La personne accompagnatrice nous a dit que :

« Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

Le mineur nous a dit que :

« Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

**7. Examen médical**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Heure : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Personne accompagnatrice présente lors de l’examen : ☐ Oui ☐ Non

Description du comportement du mineur pendant la consultation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Description des lésions s’il y a lieu :

*Noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l’origine. N’hésitez pas à joindre des photos.*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date et signature :

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.