**FICHE DE RECUEIL DE L’INFORMATION PREOCCUPANTE (ELEMENTS D’INQUIETUDES, DE DANGER OU DE RISQUES DE DANGER)**

Direction Générale Adjointe Solidarités et Réussite

**Document à adresser à :**

Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) 08

13 place Winston Churchill

08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Courriel : [crip08@cd08.fr](mailto:crip08@cd08.fr)

Direction Enfance – Famille

Service de l’Aide Sociale à l’Enfance- CRIP

13 place Winston Churchill

08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Téléphone : 0810 08 9000

[crip08@cd08.fr](mailto:crip08@cd08.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Encart réservé aux professionnel*s**  ***Date du recueil :***  ***Nom du professionnel ayant réceptionné l’IP :***  ***Mode de recueil :*** | |
| □ *Appel téléphonique à la CRIP*  □ *Visite à la CRIP*  □ *Courrier*  □ *Appel 119*  □ *Appel à la MDS* | □ *Appel à la MDS*  □ *Visite à la MDS*  □ Courriel *CRIP*  □ *Site internet CD 08*  □ *Fax* |

**Merci de remplir les rubriques en fonction de vos connaissances de la situation**

**Un formulaire doit être complété pour chaque enfant en situation de danger ou risque de danger.**

# SITUATION ENFANT/ADOLESCENT

* **Enfant/adolescent concerné par l’information préoccupante** :

Nom :

Prénoms :

Sexe :

Âge :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Autre établissement fréquenté :

* **Adresse où vit l’enfant/adolescent** :
* **Autres enfants/adolescents vivant au domicile** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOMS | SEXE | DATE DE NAISSANCE / AGE | LIEU DE NAISSANCE | LIEN AVEC L’ENFANT |
|  |  |  |  |  |  |

1. SITUATION PARENTS

* **Identités des parents :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | PRENOMS | SEXE | DATE DE NAISSANCE / AGE | ADRESSE | TELEPHONE |
| PARENT 1 |  |  |  |  |  |  |
| PARENT 2 |  |  |  |  |  |  |

* **Exercice de l’autorité parentale** :
* Exercice conjoint par les parents vivant ensemble ou séparément
* Exclusivement par le PARENT 1
* Exclusivement par le PARENT 2
* Autre particulier (autorité parentale transférée à une autre personne):
* Président du Conseil Départemental :
* Préfet :
* **Parents séparés** :
* Résidence alternée
* Résidence principale au domicile du PARENT 1
* Résidence principale au domicile du PARENT 2
* **Droits de visites** **établis (jugement)** :
* OUI
* NON
* **Le parent 1 est-il avisé de la démarche ?**
* OUI
* NON

Pourquoi ?

* **Le parent 2 est-il avisé de la démarche ?**
* OUI
* NON

Pourquoi ?

Réaction du parent 2 face à la démarche**:**

1. ELEMENTS JUGES PREOCCUPANTS

***Description la plus précise possible* :**

Faits que vous avez observés (dans quel contexte et quand) / Propos que vous avez entendus ou recueillis (les citer entre « guillemets » sans interprétation) / Faits ou propos qui vous ont été rapportés (*par qui et quand*) :

1. AUTRES ELEMENTS CONCERNANT L’ENVIRONNEMENT DE L’ENFANT/ ADOLESCENT

* **Autres personnes vivant au domicile** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOMS | SEXE | AGE | DATE DE NAISSANCE | LIEN AVEC L’ENFANT/ADOLESCENT |
|  |  |  |  |  |  |

* **Professionnels intervenant auprès de la famille (intervenant au domicile, professionnel libéral, service médico-social…)** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM/PRENOMS | FONCTION | ADRESSE ADMINISTRATIVE | TELEPHONE |
|  |  |  |  |

1. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

* **Identité de la personne ayant communiqué les éléments l’IP (obligatoire pour les professionnels) :**

Nom :

Fonction :

Adresse administrative *(professionnel*) :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Cadre d’intervention auprès de l’enfant/adolescent et de la famille *(professionnel)* :

* Education nationale
* Parquet
* Particulier
* Etablissement médico-social
* Etablissement hospitalier
* Juge des enfants
* Médecin / professionnel libéral
* Membre famille
* Père
* Mère
* Territoire
* Lieu accueil ASE
* Assistante maternelle
* Hors O8
* **Souhaitez-vous avoir un accusé réception par la CRIP de votre démarche ?**
* OUI
* NON
* **Souhaitez-vous rester anonyme ?**
* OUI
* NON
* **Avez-vous déjà réalisé une information préoccupante concernant cet enfant ?**
* OUI
* NON

Si oui :

* A quelle date ?
* Pour quels motifs ?
* **Avez-vous déjà réalisé une information préoccupante pour l’un des enfants de cette famille ?**
* OUI
* NON

Si oui :

* A quelle date ?
* Pour quels motifs ?
* **Avez-vous informé l’enfant ou l’adolescent de la démarche ?**
* OUI
* NON

Pourquoi ?

Réaction de l’enfant ou de l’adolescent face à la démarche:

* **Avez-vous échangé avec une autre personne à propos de la situation (exemples : membres de la famille ou de l’entourage, professionnels intervenants auprès de l’enfant et/ou des parents…) ?**

**Fait le à**