

FICHE-TYPE DE RECUEIL D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE (IP)

DATE :

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL QUI RECUEILLE ET TRANSMET L'INFORMATION

Coordonnées professionnelles :

Nom(s) :

Prénom (s) :

Fonction (s) :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'INFORMATION

Enfant lui-même : ☐

Père : ☐

Mère : ☐

Famille : ☐

Ami, voisin, proche : ☐

Personne anonyme : ☐

Professionnel (préciser) : ☐

Autres (préciser) : ☐

MINEUR(S) CONCERNE(S) PAR L'IP

Nom et prénom	Date de naissance ou âge (même approximatif)	Sexe (préciser F ou G)

LIEU DE VIE DE(S) ENFANT(S) (préciser l'adresse) :

COORDONNEES DES PARENTS OU DES RESPONSABLES LEGAUX

Père	Mère
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. :	Tél. :

NOTA BENE : Tous les champs doivent être impérativement renseignés. Si certains ne peuvent pas être complétés car les informations ne sont pas connues, le préciser.

Information préalable des <u>deux</u> parents ou de tout autre détenteur de l'autorité parentale (à remplir dès lors que IP est transmise par un professionnel de la protection de l'enfance ou y apportant son concours)
En date du : Nom et fonction du professionnel ayant informé les parents : Modalités : ☐ Information orale et/ou ☐ information écrite <i>Si défaut d'information aux parents ou l'un des deux parents, préciser pourquoi :</i>

Synthèse des éléments préoccupants de la situation d'un enfant mineur « pouvant laisser craindre que la santé, la sécurité ou la moralité du mineur est en danger ou risque de l'être ou que les conditions de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (Art. L.226-1 CASF)
Observations particulières

Personnes et partenaires concernés par le traitement	
Nom et Prénom	Qualité – Institution (préciser coordonnées tél.)

NOTA BENE : Tous les champs doivent être impérativement renseignés. Si certains ne peuvent pas être complétés car les informations ne sont pas connues, le préciser.