

ACADEMIE DE DIJON - DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX  
DE L'EDUCATION NATIONALE DE SAONE - ET - LOIRE  
SERVICE D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES ELEVES  
Tél : 03.85.22.55.31 / 55.47 - service.social71-protectiondenfance@ac-dijon.fr  
INFORMATION PREOCCUPANTE 1<sup>er</sup> DEGRE  
Loi n° 2007- 293 - JO 55 du 06/03/2007 relative à la Protection de l'Enfance  
Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance  
Transmission par courrier postal ou mail (si urgent uniquement) (1 fiche par enfant)

**Emetteur :**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Nom et fonction du rédacteur de la fiche :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées (adresse complète et téléphone) +  
coordonnées téléphoniques de l'émetteur si différentes  
de celles de l'établissement  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Destinataire :**

Service d'action sociale et de promotion de la santé  
en faveur des élèves

S/C de l'Inspecteur de l'Education nationale  
(pour le premier degré)

Vu et transmis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme Béatrice Bonod Conseillère technique Départementale

(en cas d'urgence envoyer directement au service d'action  
sociale et copie par la voie hiérarchique)

**ENFANT CONCERNE**

Nom : \_\_\_\_\_

Lieu de scolarité et ville \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant au moment des faits :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse habituelle de l'enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A votre connaissance un suivi est-il exercé par des services médico-sociaux?  oui  non  
Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_

Enfant relevant de la MDPH  oui  non

Eléments nouveaux dans le contexte de vie d'un enfant déjà suivi

Signalement précédent concernant l'enfant :

Aucun

1 fois

2 fois

plus

**COMPOSITION FAMILIALE**

**PARENTS :**

- Père : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Mère (nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Détenteur(s) de l'autorité parentale : Père et mère

Autres : Préciser \_\_\_\_\_

Père seul

Mère seule

**FRATRIE :**

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession ou scolarité  
(Si vous la connaissez)

**⇒ SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT AU JOUR DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE**

Vit avec ses deux parents

Vit avec un autre membre de la famille

Vit avec sa mère seule

Vit en famille d'accueil

Vit avec sa mère / famille recomposée

Vit en maison à caractère social (MECS)

Vit avec son père seul

Adresse : \_\_\_\_\_

Vit avec son père /famille recomposée

Vit avec ses deux parents en garde alternée

Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA)

Vit chez un tiers digne de confiance

Autre, précisez

**FAITS RAPPORTES :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAITS CONSTATES ET EVALUES :** ⇒ Si impossible à évaluer, pourquoi ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DEMARCHES ENGAGEES :**

- Entretien avec les parents ? <sup>(1)</sup>  oui  non Père  Mère , etc..  préciser : .....

Prévenu(s) par téléphone  , entretien

- Serait-il possible de préciser la réaction des parents à la communication de l'établissement de l'I.P. ?

\_\_\_\_\_

- Qu'a-t-on dit à l'enfant ?

\_\_\_\_\_

- Contact avec le service médical ou infirmier de l'Education nationale ?

oui  non

- Un constat médical a-t-il été effectué ?

oui  non

- Un service socio-éducatif a-t-il été déjà contacté ?

oui  non

**Joindre les documents annexes s'il y a lieu :**

- certificat médical pour le médecin scolaire,
- rapport ou témoignages établis par d'autres personnes,...

(1) Sauf intérêt contraire de l'enfant, l'établissement doit informer le père, la mère, le tuteur ou toute personne exerçant l'autorité parentale, de la transmission de l'IP.