

**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.social-sante-71@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 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 \_\_\_\_\_

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**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vit avec ses deux parents                   | <input type="checkbox"/> Vit avec un autre membre de la famille         |
| <input type="checkbox"/> Vit avec sa mère seule                      | <input type="checkbox"/> Vit en famille d'accueil                       |
| <input type="checkbox"/> Vit avec sa mère / famille recomposée       | <input type="checkbox"/> Vit en maison à caractère social (MECS)        |
| <input type="checkbox"/> Vit avec son père seul                      | Adresse : _____   |
| <input type="checkbox"/> Vit avec son père /famille recomposée       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Vit avec ses deux parents en garde alternée | <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) |
|  | <input type="checkbox"/> Vit chez un tiers digne de confiance           |
|  | <input type="checkbox"/> Autre, précisez                                |

**FAITS RAPPORTES :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**FAITS CONSTATES ET EVALUES :**

⇒ Si impossible à évaluer, pourquoi ?

---

---

---

---

**DEMARCHES ENGAGEES :**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Entretien avec les parents ? <sup>(1)</sup>                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Contact avec le service médical ou infirmier de l'Education nationale ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Un constat médical a-t-il été effectué ?                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Un service socio-éducatif a-t-il été déjà contacté ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> 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.