



ACADÉMIE
DE DIJON

Liberté
Égalité
Protection

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Saône-et-Loire

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-protectiondel'enfance@ac-dijon.fr

INFORMATION PREOCCUPANTE

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)

Veillez à utiliser de l'encre noire uniquement

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)

La Conseillère Technique Départementale,
Céline ESPOSITO

Vu et transmis le : ____/____/____

(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 sa mère seule
- ☐ Vit avec sa mère / famille recomposée
- ☐ Vit avec son père seul
- ☐ Vit avec son père /famille recomposée
- ☐ Vit avec ses deux parents en garde alternée
- ☐ Vit avec un autre membre de la famille
- ☐ Vit en famille d'accueil
- ☐ Vit en maison à caractère social (MECS)
- Adresse : _____
- _____
- ☐ 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 ? ⁽¹⁾ ☐ 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.