 **DATE** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Information Préoccupante** | |
| 1ère SAISINE  COMPLEMENT à l’information du : | |
| **TRANSMISSION DU RAPPORT par COURRIER ou par MAIL :**  + copie de la lettre d’information aux responsables légaux au :  **PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**  Direction Enfance Santé Famille  **CRIP 07**  BP 737  07007 PRIVAS Cedex  ***crip07@ardeche.fr***  🕾 04 75 66 78 50 🖶 04 75 66 78 36 | **Si responsable légal domicilié en Drome** :  Direction des Solidarités  CRIP  13 Avenue Maurice FAURE  26 000 VALENCE  [***dromeip@ladrome.fr***](mailto:dromeip@ladrome.fr) |
| **Copie de l’IP à** :  DSDEN de l’Ardèche  Service social élèves, Place André Malraux – BP 627  07006 PRIVAS Cedex  ***ce.dsden07-sante-social@ac-grenoble.fr***  **Pour l’enseignement catholique en plus** :  Au directeur diocésain 2, Faubourg St-Jacques BP 26  07200 Viviers  [***secretariat2@ddec07.fr***](mailto:secretariat2@ddec07.fr) | |

**Identité du ou des mineur(s)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Sexe | Date et lieu de naissance | Etablissement scolaire | Classe |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Domicilié chez : | | | | | |

Faire une IP distincte si autorité parentale différente dans la fratrie.

|  |
| --- |
| **Identité du ou des rédacteur(s)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Fonction** | **Etablissement scolaire**  **Adresse et téléphone**  **Adresse mail** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERE** | **MERE** | **AUTRES : …** |
| **NOM** |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |
| **Date et lieu de naissance** |  |  |  |
| **Adresse et N° de Tél** |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Situation matrimoniale des parents** |

Précisez :

(\*) Nouvelle situation matrimoniale :

|  |  |
| --- | --- |
| **PERE** | **MERE** |
| Marié  Vie maritale  Vit seul  Nom du concubin(e):  Prénom :  Date de naissance : | Marié Vie maritale  Vit seul  Nom du concubin(e) :  Prénom :  Date de naissance : |

* **Fratrie ou autres personnes présentes au foyer**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date et lieu de naissance** | **Lien de parenté** | **Situation professionnelle**  **ou Scolarité** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Motif de la transmission** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Violences subies | physiques |  |
| psychologiques |  |
| Risque de danger sexuel |  |
| Négligences  (absence de soins, abandon) | |  |
| Mise en danger liée au comportement de l’enfant  (conduites à risques) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu des faits ou de la situation | Intrafamilial |  |
| Extra-familial |  |
| Institutionnel |  |

1. **Exposé de la situation**

* **Contexte socio-économique, culturel et environnemental de l’enfant**
* **Exercice des fonctions parentales (ou posture parentale)**

***(****Relation parents/école, problématique repérée).*

* **Parcours scolaire et attitude de l’élève**

*(Résultats ; assiduité ; comportement****;*** *Ancienneté de l’élève dans l’établissement****;*** *Demi- pensionnaire****;*** *Garderie Périscolaire**Enseignement ordinaire ou adapté****;*** *Elève reconnu MDPH****;*** *Préciser : ULIS, SESSAD, ITEP, autre****;*** *Fréquentation scolaire)*

* **Problématique(s) repérée(s)**
* **Perception par l’enfant de sa situation**
* **Aides mises en place au sein de l’école**
* **Les responsables légaux ont-ils adhéré aux propositions d’aide et mis en œuvre les suivis conseillés ?**

**B Evènements ou faits déclencheurs de la saisine**

*(Renseignements importants pour la compréhension de la situation, définir les faits à partir d’exemples précis)*

1. **Actions déjà menées ou engagées**
2. Avec les partenaires internes

(Entretiens, équipe éducative, prise en charge RASED ou autres)

* L’assistante sociale de l’établissement a-t-elle été informée ?  Oui  Non
* Le psychologue a-t-il été informé ?  Oui  Non
* L’infirmière ou le médecin attaché(e) à l’établissement a-t ‘il (elle) été informé ?  Oui  Non
* Avez-vous connaissance d’une éventuelle plainte déposée par la famille ?  Oui  Non

1. Intervenants extérieurs connus dans la famille

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM - Prénom** |  |  |  |
| **Qualité** |  |  |  |
| **Organisme** |  |  |  |
| **N° de tél.** |  |  |  |

1. **Analyse de la situation et conclusion**

L’enfant ou les parents ont-ils formulé une demande ?

En quoi les faits repérés peuvent-ils nuire à la scolarité et au bon développement du mineur ?

Une aide a été proposée au responsable légal  oui  non

Le responsable légal est favorable à cette mesure d’aide  oui  non

1. **Information à la famille**

* La famille est-elle informée de cette transmission ? oui  non , motifs : ……………………

Signature :

Pièces jointes :

- lettre d’information à la famille