**FICHE DE RECUEIL D’INFORMATIONS PREOCCUPANTES D’ENFANT EN DANGER OU EN RISQUE DE L’ETRE**

A l’attention du :

**CELLULE DE RECUEIL ET D’INFORMATIONS PREOCCUPANTES**

Direction de la Solidarité et de la Prévention

Téléphone : 05.94.39.54.05

Télécopie : **05.94.39.03.67** / Mail : crip@ctguyane.fr

**Copie obligatoire à madame la Conseillère Technique auprès du Recteur** **:**

Télécopie : **05.94. 27 21 15** / Mail : veronique.baboul@ac-guyane.fr

**ENFANT EN DANGER OU EN RISQUE DE L’ETRE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de Naissance :** |  | **Lieu de Naissance :** |  |
| **Sexe :** |  Masculin Féminin |
| **Adresse :** |  |
|  |
| **Téléphone :** |  |
| **Classe fréquentée :** |  |
| **COORDONNEES DE L’ETABLISSEMENT** |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone :** |  |

**INFORMATIONS RECUEILLIES PAR :**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Fonction :** |  |

Les parents ou autres détenteurs de l’autorité parentale ont-ils été avisés de l’envoi de ces informations préoccupantes : Oui Non

**INFORMATIONS RELATIVES A LA FAMILLE DE L’ENFANT**

|  |
| --- |
| **PERE** |
| Nom : |  |
| Prénom |  |
| Profession : |  |
| Adresse : |  |
|  |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| **MERE** |
| Nom : |  |
| Prénom |  |
| Profession : |  |
| Adresse : |  |
|  |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| **FRATRIE** |
| **Nom et Prénom** | **Date de Naissance** | **Etablissement Scolaire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **DESCRIPTION DE LA SITUATION**

|  |
| --- |
|  |

**Date et Signature (nom et qualité ):**