

## Transmission Information Préoccupante concernant les mineurs

### Identification de l'émetteur de l'information préoccupante

#### Institution

Institution :			
Service :			
Nom / Prénom :			
Fonction :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Fax :	
Mail :			

#### Particulier

Anonymat :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Lien avec la situation :
Nom / Prénom :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	

### Enfants concernés par la situation préoccupante

Nom / Prénom :			
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Age : <input type="text"/> ans
Date de naissance :			
Adresse :			
1 Code Postal :		Ville :	
École fréquentée :			
Suivi médico-social :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Établissement en charge du suivi :			
Nom / Prénom :			
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Age : <input type="text"/> ans
Date de naissance :			
Adresse :			
2 Code Postal :		Ville :	
École fréquentée :			
Suivi médico-social :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Établissement en charge du suivi :			
Nom / Prénom :			
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Age : <input type="text"/> ans
Date de naissance :			
Adresse :			
3 Code Postal :		Ville :	
École fréquentée :			
Suivi médico-social :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Établissement en charge du suivi :			

## Organisation de la famille

Situation familiale :

Si autre :

### Père

Nom / Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Profession :

### Mère

Nom / Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Profession :

## Exposé des faits / évènements à l'origine de la préoccupation

Commentaire :

URGENCE

GRAVITÉ DES RISQUES ENCOURUS PAR LE(S) MINEUR(S)

Conditions matérielles d'existence

Santé du (des) mineurs

Sécurité du (des) mineurs

Négligences éducatives

Violences

## Transmission de la situation préoccupante

Transmis à la CRIP le :

Autorité parentale informée de la transmission à la CRIP :

Oui

Non

Si non, motif :

## Contactez la CRIP

Par courrier :

Département du Gers  
Aide Sociale à l'enfance

Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes  
81, route de Pessan - BP 20569 - 32009 AUCH cedex

Par Téléphone :

05 62 67 42 22

Par Fax :

05 62 67 30 83

Par Mail :

crip@gers.fr

Enfants concernés par la situation préoccupante

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Age : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

4 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Suivi médico-social : Oui  Non

Si oui, Établissement en charge du suivi : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Age : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

5 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Suivi médico-social : Oui  Non

Si oui, Établissement en charge du suivi : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Age : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

6 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Suivi médico-social : Oui  Non

Si oui, Établissement en charge du suivi : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Age : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

7 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Suivi médico-social : Oui  Non

Si oui, Établissement en charge du suivi : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Age : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

8 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Suivi médico-social : Oui  Non

Si oui, Établissement en charge du suivi : \_\_\_\_\_