

Cellule des Informations Signalantes (Province Sud)
Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et
Sociale (DPASS)
5, rue Gallieni- B.P U2
98845 - Nouméa Cedex

Tél. 20 44 96 ou 20 44 89
informations.signalantes@province-sud.nc

FICHE D'INFORMATION SIGNALANTE ENFANCE EN DANGER

* SIGNALEMENT

Date du signalement (jj/mm/aaaa) _____

Nombre d'enfant(s) concernés par le signalement _____

IDENTIFICATION DU OU DES MINEURS CONCERNÉS

 RÉINITIALISER

Identité

Filles Garçon Enfant connu des services sociaux ou judiciaires Oui Non Ne sait pas

* NOM de l'enfant _____ * Prénom(s) _____

* Âge ou date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Lieu de naissance _____

* Statut Coutumier Droit commun Ne sait pas

Classe ou établissement fréquenté(e) _____

Situation familiale de l'enfant

Chez qui vit l'enfant

HABITUELLEMENT		OCCASIONNELLEMENT	
* NOM/Prénom		* NOM/Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
* Adresse		* Adresse	
Téléphone		Téléphone	
Présence d'autres enfants	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas Nombre _____	Présence d'autres enfants	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas Nombre _____
Garde alternée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas			

Responsables légaux si différents des personnes chez qui vit l'enfant

Personnes ressources pour l'enfant ou tiers connus de l'enfant

* NOM/Prénom		* NOM/Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
* Adresse		* Adresse	
Téléphone		Téléphone	

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU SIGNALANT

Je souhaite conserver l'anonymat Oui Non

NOM _____ Prénom _____

Qualité _____

Institution, service, établissement _____

Adresse _____

Téléphone (fixe et/ou mobile) _____ Fax _____

Courriel _____

* INFORMATION

Les parents/responsables légaux ont-ils été informés de la démarche ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser qui a été informé : La mère Le père Les deux

Je souhaite que ce signalement soit également transmis ce jour à la Justice.

Autre(s) enfant(s) concerné(s)

NOM		Prénom(s)	Âge ou date de naissance (jj/mm/aaaa)

Exposé de la situation par le signalant

Large empty text area for reporting the situation.

Exposé de la situation par le signalant (suite)

S'il s'agit du récit d'un enfant, essayez de transmettre ses propos exacts

Fait à _____ le (jj/mm/aaaa) _____

Signature du signalant (*Non obligatoire*)