

Requête en vue d'un signalement dans le cadre d'une suspicion de maltraitance ou abus de faiblesse

ORGANISME ET/OU PROFESSIONNEL QUI FAIT LE SIGNALEMENT

Nom et Prénom :

Fonction :

Structure :

Adresse :

Courriel :

Tel :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Situation de famille :

Célibataire

Pacsé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Marié(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Profession ou statut :

Adresse domicile :

Téléphone :

Courriel :

Adresse actuelle (si différente du domicile) :

La personne signalée est informée du signalement : oui non

Si non, pourquoi ?

La personne est-elle demandeuse d'aide ?

MESURE DE PROTECTION

non

oui

demande en cours

Type de mesure :

Depuis le :

Date du jugement :

Devant le tribunal de :

Représentant légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

Courriel :

Tel :

Personnes vivant sous le même toit

Nom et prénom	Lien de parenté ou d'alliance	Téléphone

Personnes de l'entourage (autres que celles citées ci-dessus)

Nom et prénom	Lien de parenté ou qualité (*)	Téléphone	Adresse

(*) : Enfants, autres parents, amis, voisins, autres

Intervenants médico-sociaux			
Qualité	Nom et prénom	Adresse	Téléphone
Médecin traitant			
Paramédicaux			
Services sociaux, AS, référents,			
Intervenants à domicile SAAD, SSIAD, équipes mobiles...			
Aide à domicile (CESU, bénévoles...)			

1- Les faits actuels à l'origine du signalement (date, lieu des faits et circonstances (précisions, descriptions avec circonspection))

2- Les événements ou faits antérieurs susceptibles d'apporter des informations complémentaires (description des conséquences immédiates et mesures prises immédiatement)

3- Les actions éventuellement menées et leurs effets (dépôts de plaintes, mesures de protection et/ou d'accompagnement, main courante, ...)

Recommandation importante : si vous n'avez pas toutes les informations demandées, merci d'indiquer le cas échéant et pour chaque rubrique « information inconnue », afin que votre demande ne soit pas retournée comme étant incomplète.

4- Autres commentaires - (citez les personnes témoins)

Fait à

Le

Tampon de l'organisme :

Nom et Fonction :

Signature

Pièces à joindre si possible :

- certificat médical,
- attestations de témoins,
- justificatifs d'identité,
-

Recommandation importante : si vous n'avez pas toutes les informations demandées, merci d'indiquer le cas échéant et pour chaque rubrique « information inconnue », afin que votre demande ne soit pas retournée comme étant incomplète.