



**SIGNALEMENT CONCERNANT UN.E MAJEUR.E
VICTIME DE VIOLENCES**



Document à compléter par le/la professionnel.les qui a recueilli l'information et à transmettre au :

<p>TRIBUNAL JUDICIAIRE</p> <p>A l'attention de Monsieur le procureur de la République</p> <p>Parc des Promenades, BP 2357</p> <p>22 023 SAINT BRIEUC CEDEX 1</p>	<p>Adresse mail :</p> <p>perm-pr.tj-st-brieuc@justice.fr</p>
--	--

En cas de difficultés pour compléter ce document vous pouvez contacter le DiSAVV22 : 02.96.01.84.36
dispositifviolences@armorsante.bzh

AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

NOM : Prénom :
Fonction :
Lieu d'exercice :
Téléphone : Email :
Date d'envoi du signalement :

CONTEXTE DU RECUEIL D'INFORMATION

Comment l'information a-t-elle été recueillie ? Hospitalisation Consultation

Dans le cadre d'un :

Entretien physique Au cours de l'accompagnement (ex : Lors de l'accompagnement à la toilette, etc.)
 Entretien téléphonique Autres, préciser :

Date :
Durée de l'entretien :

Avez-vous été le.a seul.e professionnel.le à recueillir les informations : Oui Non

Si « non », qui sont les autres professionnels ayant rencontré la personne concernée ? (Préciser NOM, fonction, téléphone ou email, date)

-
-
-

PERSONNE CONCERNÉE PAR LE SIGNALEMENT

NOM d'usage :		NOM de jeune fille :	
Prénom :			
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse, domiciliation :			
La personne est-elle :	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufruitier.ère <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé.e <input type="checkbox"/> Sans domicile Si « Locataire » : Le bail est-il à son nom : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Numéros de téléphone :			
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Célibataire		
Situation professionnelle :			
La personne est-elle autonome financièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si « oui », quelles sont ses ressources :		
La personne a-t-elle des critères de vulnérabilité :	<input type="checkbox"/> Agée <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Sous Influence Atteinte d'une : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Infirmité <input type="checkbox"/> Déficience physique <input type="checkbox"/> Déficience Mentale		
La personne est-elle sous mesure de protection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si « oui » : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle Renforcée <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Habilitation familiale Si « oui » : NOM, Prénom du mandataire judiciaire et Service de Protection :		
Est-elle informée de la démarche de signalement ?	Dans le cas mentionné à l'article 226-14 3° du code pénal, la personne a été informée du signalement transmis au procureur de la République. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « non », précisez les raisons :		

ENTOURAGE DE LA PERSONNE CONCERNÉE

La personne se dit-elle isolée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
La personne a-t-elle des enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Combien : Si « oui » : Mineur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
NOM et Prénom :			
Date de naissance :			
Numéros de téléphone :			
Si « Mineur » : La personne a-t-elle toujours l'autorité parentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant est-il placé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il à la charge de la personne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel est le mode de garde ?	<input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Exclusive	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Exclusive	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Exclusive
NOM et Prénom du Parent 2			
Adresse :			
Il y a-t-il des personnes ressources ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Personne ressource 1	Personne ressource 2	Personne ressource 3
Lien avec la personne :			
NOM et Prénom :			
Date de naissance :			
Numéros de téléphone :			

Adresse :			
-----------	--	--	--

QUI EST L'AUTEUR.E PRÉSUMÉ.E DES FAITS ?

Relation avec l'auteur.e	<input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Concubin.e <input type="checkbox"/> Ex-Conjoint.e <input type="checkbox"/> Autres :
La personne concernée vit elle avec l'auteur.e présumé.e ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NATURE DU DANGER OU RISQUE DE DANGER REPÉRÉ

Violences subies	<input type="checkbox"/> Physiques <input type="checkbox"/> Administratives <input type="checkbox"/> Sexuelles <input type="checkbox"/> Numériques <input type="checkbox"/> Psychologiques <input type="checkbox"/> Financières	Retour au domicile en présence de l'auteur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Intégrité physique et morale en danger ou en risque de danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Santé en danger ou en risque de danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
La personne minimise-t-elle les violences subies ou leurs impacts ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La personne semble-t-elle sous emprise ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps dure la situation :			

Faits : (Déclarations de la victime sur les faits, propos à mettre entre guillemet)

Doléances : Conséquences évoquées par la personne : (Douleur physique, psychique, impact sur la vie quotidienne, ect)

DÉMARCHES EFFECTUÉES

Professionnel.les contacté.es :	Structure/Fonction	Date	Commentaires
Des orientation ont-elles été faite vers des associations ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », lesquelles : • •	Pour quel besoin :	<input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Accompagnement social <input type="checkbox"/> Accompagnement juridique
Des démarches médicales ont-elles été effectuées en lien avec la situation de violence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », lesquelles :		
Une plainte a-t-elle été déposée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », dans quel commissariat/gendarmerie et la date :		
Des plaintes ont-elles été déposées précédemment ?	<input type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Main courante Si « oui », a quelle période / date : Pour quel motif : <input type="checkbox"/> Physiques <input type="checkbox"/> Administratives <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Sexuelles <input type="checkbox"/> Numériques <input type="checkbox"/> Psychologiques <input type="checkbox"/> Financières		
Un certificat a-t-il été établi ? (même en dehors de toute plainte)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », réalisé par :		

Autres informations importantes :

CONCLUSION

En conclusion : (Exprimez les inquiétudes et les demandes)

Fait à :

Le :

Signature et cachet