

FICHE DE SIGNALEMENT D'INCIDENT

Destinataire : DSDEN 73

Fax : 04.79.69.72.99

Mail : ce.ia73-cabinet@ac-grenoble.fr

Etablissement concerné :

Ville :

Date :

Heure :

Lieu précis des faits : Etablissement Internat Installations sportives Abords Trajets domicile/établissement
 Sorties scolaires Transports scolaires

Interventions immédiates :

Samu Pompiers Police/Gendarmerie Parents Autres, préciser :

Victime(s)	Auteur(s) présumés(s)
Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :
Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :

NATURE DES FAITS

	Précisions		Précisions
Atteintes aux biens	<input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Extorsion (racket) <input type="checkbox"/> Dégradation <input type="checkbox"/> Destruction <input type="checkbox"/> Tags <input type="checkbox"/> Trafic <input type="checkbox"/> Intrusion	<input type="checkbox"/> Avec arme <input type="checkbox"/> Par plusieurs personnes <input type="checkbox"/> Avec violence <input type="checkbox"/> Locaux <input type="checkbox"/> Mobilier <input type="checkbox"/> Informatique/Vidéo <input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Connotation raciste <input type="checkbox"/> Recel	Atteintes aux personnes
Autres, préciser :		<input type="checkbox"/> Violences physiques <input type="checkbox"/> Violences sexuelles <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces <input type="checkbox"/> Droit à l'image <input type="checkbox"/> Bizutage <input type="checkbox"/> Consommation <input type="checkbox"/> Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> Avec arme (type) : <input type="checkbox"/> Avec arme par destination : <input type="checkbox"/> Ecrites <input type="checkbox"/> Verbales <input type="checkbox"/> Connotation raciste <input type="checkbox"/> Par plusieurs personnes <input type="checkbox"/> Par personne étrangère à l'ets <input type="checkbox"/> Stupéfiants <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Après intrusion

Traitement interne envisagé :

Exclusion temporaire/ nombre de jours :
 Conseil de discipline
 Mesures de responsabilisation
 Equipe /Commission éducative
 Autres, préciser :

Traitement externe :

Information Référent Police/Gendarmerie
 Main courante
 Plainte
 Signalement Parquet
 Information Préoccupante Conseil Général
 Information Mairie

par :

Transmission :

Parquet d'Albertville
 Parquet de Chambéry

Fax : 04.79.32.66.69

Fax : 04.79.33.80.57

Témoign(s)	
Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Qualité : Téléphone : Adresse :

RAPPORT CIRCONSTANCIE

Date :	Heure :

AUTEUR DU SIGNALEMENT :

Nom : Prénom :

Qualité :

Date du signalement :