

AUTEUR DU SIGNALEMENT

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Téléphone : Mail :

Vis-à-vis de ce signalement, vous êtes :

Victime Témoin Rapporteur d'un fait dont on vous a fait part

Avez-vous un lien avec la victime ?

Parent Tuteur/Représentant légal Encadrant Ami(e)

Autre (*Précisez*) :

VICTIME(S) (EN CAS DE VICTIMES MULTIPLES, MERCI DE COMPLÉTER UN FORMULAIRE PAR VICTIME)

Nom : Prénom :

Date de naissance ou âge au jour de signalement :

Adresse postale :

Téléphone :

Auteur(s) présumé(s) des faits :

Nom	Prénom	Âge	Statut vis-à-vis de la victime (parent, encadrant, camarade, etc.)

Précisions complémentaires :

TÉMOIN DES FAITS

Oui

Non

Si oui,

Nom :

Prénom :

ASSOCIATION AFFILIÉE À LA FSCF EN LIEN AVEC LES FAITS (PRÉCISEZ L'ASSOCIATION DANS LAQUELLE LA VICTIME PRATIQUE HABITUELLEMENT ET SI DIFFÉRENT, L'ASSOCIATION DANS LAQUELLE LES FAITS SE SONT DÉROULÉS)

Nom de l'association habituelle :

Code postal :

Nom de l'association
dans laquelle se sont déroulés les faits :

Code postal :

PERSONNES ET SERVICES DE L'ÉTAT ALERTÉS (PRÉCISEZ QUELS SONT LES SERVICES/OU LES PERSONNES QUI ONT ÉTÉ ALERTÉS DES FAITS)

Parents / Représentant légal :

Oui

Non

Si oui, identité, coordonnées et date :

Dirigeant de l'association :

Oui

Non

Si oui, identité, coordonnées et date :

DRDJSCS/ DDCS/ DDPP/ DRAJES :

Oui

Non

Si oui, identité, coordonnées et date :

Police nationale/ Gendarmerie :

Oui

Non

Si oui, identité, coordonnées et date :

Procureur de la République :

Oui

Non

Si oui, identité, coordonnées et date :

Autre (Précisez) :

Si oui, identité, coordonnées et date :

■ FAITS CONSTATÉS

Date des faits :

Heure :

Lieu de l'événement :

Si les faits se sont produits à plusieurs reprises, précisez la fréquence et/ou l'ancienneté :

Circonstances détaillées de l'événement ou de la situation :

(Décrivez les événements dans l'ordre chronologique et restez factuel, et le plus précis possible notamment sur la nature des faits subis par la victime).

Conséquences constatées pour la victime :

(Arrêt de scolarité de travail, absence, isolement, etc.)

Fait le

à

Signature du (de la) déclarant(e)

Formulaire à adresser complété et signé par mail à signalement@fscf.asso.fr