Coordonnées du professionnel
NOM
Prénom
Adresse
Téléphone
Mail

SIGNALEMENT

Pour personne majeure hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique

(Veuillezèécrireèenèlettresèd'imprimerie)

Je certifie avoir examiné le *(date et heure)* **:**

Madame ou monsieur :

- **Nom** :
- **Prénom** :
- **Date de naissance** *(en toutes lettres)* **:**
- **Sexe** :
- **Adresse** :

Accompagné(e) de *(noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens éventuels)* **:**

- **La personne accompagnatrice nous a dit que** : *«èlesèproposèsontèentreèguillemetsè»*

- **Madame ou monsieur nous a dit que** : *« les propos sont entre guillemets »*

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
Oui Non *(enleVerèouèrayerèlaèmentionèinutile)*

- **Description du comportement du mineur pendant la consultation** *(noter les signes psychiques constatés)* **:**

- **Description des lésions physiques s'il y a lieu** *(noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)* **:**

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République par mail à permanence.pr.tj-albertville@justice.fr.

Fait à **le**
Signature du professionnel ayant examiné la personne :