|  |
| --- |
| **1. Le signalant** |
| Nom, Prénom : |  | Profession : |  |
| Adresse : |  | Téléphone |  |
| Email : |  |

|  |
| --- |
| **2. La victime** |
| Nom, Prénom : |  | Sexe : |  [ ]  Femme [ ]  Homme |
| Date de naissance : |  | Lieu de naissance : |  |
| Tél personnel : |  | E-mail personnel : |  |
| Accompagné : |  [ ]  Oui [ ] Non | Adresse : |  |
| **3. La personne accompagnatrice** |
| Nom, Prénom |  | Adresse |  |
| E-mail |  | Lien avec la personne examinée |  |

**4. Éléments de la situation amenant la transmission au Procureur de la République**

**Examen médical**

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Heure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Accompagnateur présent lors de l’examen : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, la personne accompagnatrice déclare :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

a) Faits ou commémoratifs :

La personne déclare avoir été victime le (date ou période) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

À (lieu) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

De : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques et éléments sur leur datation)

- Sur le plan physique

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- sur le plan psychique

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**5. Recueil du consentement**

1. Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

[ ]  Oui [ ]  Non

*Je soussigné* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*, déclare avoir informé la victime de la transmission du présent signalement au procureur du lieu des faits.*

Date et signature :

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.