

Déclaration d'incident ou de délit  
commis ou révélé en milieu scolaire

Ecole concernée : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ N° d'établissement : 059 \_\_\_\_\_  
 Date de l'incident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Auteur de la déclaration : Nom et prénom \_\_\_\_\_  
 Qualité \_\_\_\_\_

TYPE D'INCIDENT		(1)
Atteinte à la personne d'autrui	Bizutage	<input type="checkbox"/>
	Insultes ou menaces graves	<input type="checkbox"/>
	Injures à caractère raciste	<input type="checkbox"/>
	Racket ou tentative, extorsion de fonds	<input type="checkbox"/>
	Violences physiques à caractère sexuel	<input type="checkbox"/>
	Violences physiques sans arme	<input type="checkbox"/>
	Violences physiques avec arme	<input type="checkbox"/>
Atteinte à la sécurité	Fausse alarme	<input type="checkbox"/>
	Intrusion de personne étrangère	<input type="checkbox"/>
	Jet de pierres ou autres projectiles	<input type="checkbox"/>
	Port d'arme à feu	<input type="checkbox"/>
	Port d'arme autre qu'arme à feu	<input type="checkbox"/>
	Tentative d'incendie	<input type="checkbox"/>
Atteinte Aux biens	Dommages aux locaux	<input type="checkbox"/>
	Dommages au matériel de sécurité	<input type="checkbox"/>
	Dommages au matériel autre	<input type="checkbox"/>
	Dommage aux biens personnels autres que véhicules	<input type="checkbox"/>
	Dommages aux véhicules	<input type="checkbox"/>
	Incendies	<input type="checkbox"/>
	Tags	<input type="checkbox"/>
	Vol ou tentative de vol	<input type="checkbox"/>
Autres faits de violence ou d'atteintes à la sécurité	Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>
	Suicide	<input type="checkbox"/>
	Consommation de produits stupéfiants	<input type="checkbox"/>
	Trafic de produits stupéfiants	<input type="checkbox"/>
	Trafic divers autre que stupéfiants	<input type="checkbox"/>
Autres faits graves :		<input type="checkbox"/>

VICTIME(S) (1)
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Classe ou qualité :
L'agression a-t-elle donné lieu à une I.T.T.(3)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si oui, nombre de jours :

AUTEUR(S) PRESUME(S) (1)
Isolé <input type="radio"/> en bande <input type="radio"/> inconnu <input type="radio"/>
Appartient à l'école : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(2)

SUITES IMMEDIATES DONNEES (1)
Police <input type="radio"/> Pompiers <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/>
Suivi par le médecin scolaire <input type="radio"/>
Suivi par l'infirmière scolaire <input type="radio"/>
Information signalante à l'UTPAS <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Signalement au Parquet <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres (précisez) :

SUITES INTERNES A L'ECOLE (1)
Convocation des parents <input type="radio"/>
Action éducative <input type="radio"/>
Exclusion par mesure conservatoire <input type="radio"/>
Autres (précisez) :

(1) : mettre une croix dans la ou les cases correspondantes.  
 (2) : précisez éventuellement le(s) nom(s), prénom(s), date(s) de naissance et classe(s) ou qualité(s).  
 (3) : « I.T.T. » : Incapacité Temporaire de Travail

**DESCRIPTION DES FAITS ET OBSERVATIONS**

**Transmis à Madame l'Inspectrice ou Monsieur l'Inspecteur de l'Education Nationale  
Circonscription de :**

**A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_**  
***Signature de la directrice ou du directeur*                      *Cachet de l'école***

**Transmis à Monsieur l'Inspecteur d'Académie – Cabinet (fax : 03.20.53.75.79)**

**A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_**  
***Signature de l'Inspectrice ou*                      *Cachet de la*  
***de l'Inspecteur de l'Education Nationale*                      *circonscription*****

**Pour tout renseignement complémentaire ou en cas de difficultés, vous pouvez prendre contact  
à l'Inspection Académique du NORD - DISCO avec :**  
**Madame Annick PENNEQUIN**  
**( 03.20.62.31.74 – Fax : 03.20.62.32.17.**  
**E-mail : [ce.ia59violence@ac-lille.fr](mailto:ce.ia59violence@ac-lille.fr)**