

SIGNALEMENT D'UNE MUTILATION SEXUELLE AVÉRÉE EXERCÉE SUR UN / UNE MINEUR(E)

Je certifie avoir examiné ce jour : (date, année, heure)

Le / la mineur(e) :

- 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 de parenté éventuels avec le / la mineur(e)):

- La personne nous a dit que : « _____ »
- Le/la mineur(e) nous a dit que : « _____ »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice : oui / non

Description du comportement du / de la mineur(e) pendant la consultation :

Description des lésions 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 et copie à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil Départemental

Fait à _____ , le

Signature du médecin ayant examiné le / la mineur(e) :

Conserver un double de ce document.