



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

SIGNALEMENT VICTIME DE VIOLENCES INTRAFAMILIALES, CONJUGALES ET/OU SEXUELLES

Je soussigné(e) :

NOM : _____ N° de téléphone (personnel ou d'un proche)

Prénom : _____ souhaite être contacté(e) : _____

Date et lieu de naissance : _____

Lieu d'hébergement à la sortie de l'établissement de santé (non obligatoire) : _____

_____ (s'il ne s'agit pas du domicile habituel, merci de l'indiquer).

Déclare être victime de (cocher la ou les cases suivantes) :

violences physiques

violences psychologiques

violences sexuelles

Commises le (date) _____ à (commune) _____

Je souhaite vous donner le nom de l'auteur des faits : _____

Son adresse : _____

Je ne souhaite pas donner son nom pour l'instant.

Observations (sur le type de violences commises, sur l'utilisation d'arme ou d'objets ayant servi à me porter des coups, sur ma situation personnelle, sur mes besoins immédiats) :

J'ai déjà déposé plainte au cours de l'année écoulée pour des faits similaires contre le même individu :

Non Oui (dans ce cas, préciser le service d'enquête concerné _____)

Je suis hospitalisée : Non Oui

- Je demande au centre hospitalier de communiquer cette fiche à un service de police ou à une unité de gendarmerie qui me contactera pour poursuivre l'enquête.
- J'autorise les enquêteurs à me contacter sur la ligne indiquée ci-dessus ou via l'hôpital.

Fait au centre hospitalier _____

Le _____

Signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Coordonnées à utiliser pour contacter la victime au sein de l'hôpital:

Victime prise en charge par l'UMJ : Oui Non