|  |
| --- |
| **Évaluation de l'intérêt supérieur (EIS)**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Travailleur social : | **PRIORITÉ DU CAS**  | [ ] Urgence [ ] Élevée [ ] Moyenne [ ] Faible  |
| Identifiant de l'organisation : |
| **GÉNÉRALITÉS** |
| **Numéro individuel du HCR** |  | **Numéro de cas de protection de l'enfance** |  |
| **Numéro d’EIS**  |  | **Date d'ouverture du dossier**  |  |
| **Statut de l’EIS** | [ ]  En attente d'entrevue [ ]  En attente de recommandation [ ]  En attendant l'examen [ ]  EIS terminée  | **Raison du changement de statut de l’EIS** |  |
| **Objectif principal de l’EIS** | [ ]  Enfant à risque[ ]  Soins alternatifs[ ]  Recherche familiale[ ] Regroupement familial  | [ ] Réinstallation [ ] Autres  | **Objectif principal de l’EIS (détails)** |  |
| **EIS réalisée par** |  | **Source de référence (le cas échéant)** | [ ] Accueil [ ] Enregistrement[ ] Réinstallation [ ]  RSD [ ] Protection  | [ ] Assistance [ ]  Partenaire du HCR [ ] Gouvernement [ ] Personnes prises en charge [ ] Autres  |
| **ID de cas de partenaire**  |  |
| **Organisation partenaire**  |  |
| **Informations sur l'organisation partenaire**  |  |
| **Données biométriques** |
| 1. **Prénom**
 |  | 1. **Deuxième nom**
 |  | 1. **Nom de famille**
 |  |
| 1. **Date de naissance**
 | JJ / MM / AAAA | 1. **Âge (lors de l'ouverture du dossier)**
 |  | 1. **Âge actuel**
 |  |
| **L'âge est-il estimé ?** | [ ]  OUI[ ]  NON |
| 1. **Sexe**
 | [ ]  Féminin[ ]  Masculin[ ] Autres | 1. **Lieu de naissance**
 |  | 1. **Informations sur le pays d'origine**
 |  |
| 1. **Ethnie**
 |  | 1. **Religion**
 |  |
| 1. **Situation matrimoniale**
 |  | 1. **Statut légal**
 |  |
| 1. **Nom du chef de famille dans laquelle l’enfant est eneregistré**
 |  | 1. **Relation avec le chef de famille**
 |  |
| 1. **Niveau d'éducation**
 |  | 1. **Langues parlées**
 |  | 1. **Nationalité**
 |  |
| 1. **Informations sur le contact**
 |  | 1. **Numéro de téléphone**
 |  | 1. **Courriel**
 |  |
| 1. **Adresse actuelle**
 |  | 1. **Date du voyage au pays d’asile**
 |  |
| 1. **Date d'entrée dans le pays d'asile**
 |  | 1. **Raisons du voyage**
 |  |
| 1. **Pays d'enregistrement**
 |  | 1. **Pays d'asile**
 |  |
| **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PARENTS / AIDANTS**  |
| **Mère** | **Père** | **Tuteur/Tutrice de fait** |
| **Nom** | **Nom**  | **Nom**  |
| **Date de naissance** | **Date de naissance** | **Date de naissance** |
| **Décédé ?** [ ]  OUI[ ]  NON | **Décédé ?** [ ]  OUI[ ]  NON | **Décédé ?** [ ]  OUI[ ]  NON |
| **Actuellement en contact ?** [ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de résidence actuelle - Pays :Adresse : | **Actuellement en contact ?** [ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de résidence actuelle - Pays :Adresse : | **Actuellement en contact ?**[ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de résidence actuelle - Pays :Adresse : |
| **ÉVALUATION**  |
| **Besoins spécifiques** |
| [ ]  **Enfant à risque (CR)** | [ ]  **Enfant non accompagné ou séparé (SC)**  | [ ]  **Juridique et physique (LP)**  | [ ]  **Violence sexuelle (SV)**  |
| [ ]  Enfant parent (CP) [ ]  Enfant conjoint (CS)[ ]  Enfant tuteur (CC)[ ]  Grossesse chez les adolescentes (TP) [ ]  Pires formes de travail des enfants (LW) [ ]  Enfant associé aux groupes armés (AF)[ ]  Enfant en conflit avec la loi (CL)  | [ ]  Enfant séparé (SC)[ ] Enfant non accompagné(UC) [ ]  Ménage dirigé par un enfant (CH)  | [ ]  Pas de documentation légale (ND) [ ]  Besoins essentiels non satisfaits (BN) [ ]  Violence, maltraitance ou négligence (AN)[ ]  Marginalisé (MS) | [ ]  Survivant en pays d'origine[ ]  Survivant en pays d'asile [ ]  Mutilations génitales féminines (MG)[ ]  Pratiques traditionnelles néfastes (HP)[ ]  Mariage d'enfants (forcé) (FM)[ ]  Sexe pour survie (SS) |
| [ ]  **Unité familiale (FU)** | [ ]  **Handicap (DS)** | [ ]  **Condition médicale grave (SM)**  |
| [ ]  Traçage requis (TR)[ ]  Réunification familiale requise (FR)  | [ ]  Handicap physique(PM)[ ]  Déficience visuelle BD)[ ]  Déficience auditive (DF)[ ]  Déficience mentale / intellectuelle (MM) | [ ]  Maladie chronique (CI) [ ]  Condition médicale critique (CC) [ ]  Autre condition (OT) |
| **Arrangements de garde (UASC et enfants séparés de leurs parents pour protection)**  |
| Nom complet du tuteur actuel :  |  | ID individuel (Si enregistré)  |  |
| Lien avec l'enfant : | Sexe : **[ ]**  Masculin **[ ]** Féminin |
| Date de naissance de l’aidant : JJ / MM / AAAA | Âge : | Coordonnées du tuteur : |
| Nombre d'enfants dans le ménage :  |  |
| L'arrangement de garde est-il officialisé ? [ ]  OUI[ ]  NON | Types d'arrangement de garde :[ ]  Famille d'accueil [ ]  Soins de parenté [ ]  Soins institutionnels [ ]  Vie autonome soutenue [ ]  Ménage dirigé par un enfant [ ]  Aide familiale [ ] Autres |
| Description de l'arrangement de garde : |
| **Évaluation de l'arrangement de garde (inclure les avantages et les inconvénients, les préoccupations, les risques)**  |
| **L'enfant veut-il rechercher sa famille et une réunification familiale :** [ ]  OUI[ ]  NONInformations sur la personne à rechercher : |
| **Protection et sécurité**  |
|  |
| **Psychologique**  |
|  |
| **Éducation**  |
|  |
| **Juridique et documentation**  |
|  |
| **Santé et nutrition**  |
|  |
| **Besoins de base (nourriture, abri, articles non alimentaires, WASH)**  |
|  |
| **Autres besoins**  |
|  |
| **DÉTAILS DE L'ENTRETIEN**  |
| Personnes interrogées dans le cadre de l’EIS :  |  |
| Entretien réalisé par |  | Dates des entretiens |  JJ / MM / AAAA |
| Organisation responsable de l’entretien |  | Langue utilisée lors de l'entretien  |  |
| **Informations supplémentaires :**  |
| **VISITE À DOMICILE**  |
| Visite à domicile effectuée : [ ]  OUI[ ]  NON | Date de la visite à domicile  | JJ / MM / AAAA |
| Enfant présent lors de la visite à domicile : [ ]  OUI[ ]  NON |
| **Commentaires sur la visite à domicile :**  |
| **RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS**  |
| Point de vue de l'enfant  |
| Point de vue du tuteur ou de la tutrice |
| Une analyse d'impact sur l'environnement a-t-elle déjà été menée pour l'enfant ? [ ]  OUI[ ]  NONDate de l’EIS antérieure : JJ / MM / AAAAEIS préalable menée par : Nom Organisation |
| Une DIS a-t-elle déjà été réalisée pour l'enfant ? [ ]  OUI [ ]  NONDate de DIS antérieure : JJ / MM / AAAADIS préalable réalisée par : Nom Organisation |
| **Résumé de l'évaluation**  |
| Référence pour la DIS nécessaire [ ]  OUI [ ]  NON |
| **Recommandations**  |
| **EXAMEN**  |
| Observations essentielles : |
| Examen réalisé par (Nom/Organisation) |  | Date d’examen | JJ / MM / AAAA |
| **CONSENTEMENT**  |
| L'enfant (ou le tuteur le cas échéant) donne-t-il son consentement éclairé pour l'entretien ? [ ]  OUI [ ]  NONL'enfant (ou le tuteur le cas échéant) donne-t-il son consentement éclairé pour recevoir des services de gestion de cas ? [ ]  OUI [ ]  NONL'enfant (ou le tuteur le cas échéant) donne-t-il son consentement éclairé pour partager des informations avec d'autres organisations pour la prestation de services ? [ ]  OUI [ ]  NONL'enfant (ou le tuteur le cas échéant) donne-t-il son consentement éclairé pour le partage d'informations non identifiables à des fins statistiques ? [ ]  OUI [ ]  NON |
| **Nom / ID de la personne fournissant le consentement :** | **Lien avec l'enfant** (sélectionnez « Enfant » si aucun aidant) : |
| **Restrictions sur le partage d'informations :** |