|  |
| --- |
| **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 NON  Numéro de téléphone :  Lieu de résidence actuelle - Pays :  Adresse : | | | | | | | **Actuellement en contact ?**  OUI NON  Numéro de téléphone :  Lieu de résidence actuelle - Pays :  Adresse : | | | | | | | | **Actuellement en contact ?**  OUI NON  Numéro 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 NON  Informations 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 NON  Date de l’EIS antérieure : JJ / MM / AAAA  EIS préalable menée par : Nom Organisation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Une DIS a-t-elle déjà été réalisée pour l'enfant ?  OUI  NON  Date de DIS antérieure : JJ / MM / AAAA  DIS 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  NON  L'enfant (ou le tuteur le cas échéant) donne-t-il son consentement éclairé pour recevoir des services de gestion de cas ?  OUI  NON  L'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  NON  L'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 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |