| **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 / PERSONNES EN CHARGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 (EP)  ☐ Enfant conjoint (EC)  ☐ Enfant responsable (CT)  ☐ Grossesse chez les adolescentes (GA)  ☐ Pires formes de travail des enfants (LW)  ☐ EAFGA (AF)  ☐ Enfant en conflit avec la loi (CL) | | | ☐ Enfant séparé (ES)  ☐Enfant non accompagné(ENA)  ☐ 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 (PN)  ☐ Mariage d'enfants (forcé) (ME)  ☐ Sexe pour survie (SS) | | | | | | |
| ☐ **Unité familiale (FU)** | | | | | ☐ **Handicap (DS)** | | | | | ☐ **Condition médicale grave (SM)** | | | | | | |
| ☐ Recherche requise (TR)  ☐ Réunification familiale requise (RF) | | | | | ☐ Handicap physique(PM)  ☐ Déficience visuelle BD)  ☐ Déficience auditive (DF)  ☐ Déficience mentale / intellectuelle (MM) | | | | | ☐ Maladie chronique (MC)  ☐ Condition médicale critique (CC)  ☐ Autre condition (OT) | | | | | | |
| **Arrangements de garde (ENAS 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 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |