|  |  |
| --- | --- |
|  | **DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT GRAVE****EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS** |

En application de l’article R.227-11 du Code de l’action sociale et des familles

À établir par le directeur de l’accueil et à envoyer sans délai au SDJES du département du lieu de l’accueil.

 *Complémentairement à cette démarche, une déclaration à la compagnie d'assurance est à effectuer le cas échéant.*

|  |
| --- |
| **Renseignements sur l’événement** |
| [ ]  Mise en péril de la sécurité physique ou morale de mineurs[ ]  Dépôt de plainte[ ]  Intervention des forces de l’ordre ou de sécurité[ ]  Victimes multiples | [ ]  Incapacité permanente ou de longue durée [ ]  Hospitalisation de plusieurs jours[ ]  Décès |
| Date et heure de l’événement :Lieu  | Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. à   h  À       |
| Contexte de l’événement | [ ]  Activité physique et/ou sportive[ ]  Activité ludique ou éducative[ ]  Transport/Déplacement[ ]  Temps libre | [ ]  Repas[ ]  Temps de toilette[ ]  Temps de sommeil[ ]  Autre (à préciser) :       |
| Présence d’un encadrement au moment des faits | [ ]  Oui | [ ]  un membre permanent de l’accueil[ ]  un intervenant extérieur |
|  | [ ]  Non | [ ]  mineur en autonomie (prévue dans le cadre du projet)[ ]  mineur momentanément sans surveillance |
| **Analyse de l’événement** |
| Résumé des circonstancesPrécisez, s’il y a lieu, l’ensemble des personnes impliquées en détaillant leur statut : mineur(s) accueilli(s), encadrant mineur ou majeur, intervenant, ainsi que les éventuelles mesures prises par l’encadrement. |       |
| **En cas d’intervention des forces de l’ordre** |
| Nom du serviceTéléphoneUn procès verbal a-t-il été établi ?Y a-t-il eu dépôt de plainte ?  Précisez  |      0 /  /  /  /  [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Oui [ ]  Non      |
| **En cas d’intervention des services de secours** |
| Nom du serviceTéléphone  |      0 /  /  /  /   |
| **En cas d’événement survenu à l’étranger** |
| Ambassade ou consulat prévenu :Nom du service :Personne suivant l’affaire (le cas échéant) : Nom Téléphone | [ ]  Oui le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.à   h  [ ]  Non               0 /  /  /  /   |

|  |
| --- |
| **Renseignements administratifs** |
| **Le directeur de l’accueil** |
| Nom :Date de naissance : Téléphone sur place :Qualification : BAFD autre (préciser)Département de résidence |      Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.0 /  /  /  /  [ ]  Titulaire [ ]  Stagiaire      |
| **Personne joignable en permanence** (si différent du directeur) |
| Nom :Téléphone :Fonction : |        /  /  /  /        |
| **L’organisateur** |
| Nom :Département d’origine :Adresse :Téléphone :Courriel : |                0 /  /  /  /       @     .      |
| **L’accueil** |
| Numéro de déclarationAdresse du lieu d’implantation : Date de début et de fin : |      -          du: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.au : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Effectifs :  | -6 ans :       | 6/11 ans :       | 12-17 ans :       |
| Type d’accueil :  | [ ]  Séjour de vacances[ ]  Accueil de scoutisme[ ]  Séjour de vacances dans une famille[ ]  Séjour court | [ ]  Accueil de loisirs[ ]  Accueil de jeunes[ ]  Activité accessoire[ ]  Non déclaré |
| [ ]  Séjour spécifique (à préciser):…………………………….………………………….. |
| **Personnes impliquées**Pour toutes les personnes impliquées (victimes, auteurs éventuels, et le cas échéant, témoins), préciser leur nom, âge, sexe, leur statut (mineur accueilli, encadrant mineur ou majeur, intervenant…) et éventuellement pour les victimes, préciser leur état de santé. S’il y a plusieurs personnes, en annexer la liste à la présente déclaration en précisant pour chacun les informations suivantes |
| Nombre de personnes impliquées | Mineur accueilli :       | Encadrement :       |
| Intervenant :       | Autre :      |
| Nom :Sexe :Date de naissance : Statut au sein de l’accueil :Rôle présumé : |      [ ]  M [ ]  FCliquez ou appuyez ici pour entrer une date.[ ]  Mineur accueilli [ ]  Encadrant [ ]  Intervenant [ ]  Autre :      [ ] Auteur [ ] Victime [ ] Témoin |
| État de santé : |       |
| **Personne(s) titulaire(s) de l’autorité parentale sur le ou les mineurs impliqués**S’il y a plusieurs mineurs impliqués, indiquer les renseignements demandés ci-dessous en annexe à la présente déclarationSi plusieurs personnes sont titulaires de l’autorité parentale, indiquer les coordonnées de chacune d’entre elles |
| Nom, prénom :Adresse :Téléphone :Courriel : |           0 /  /  /  /       @     .      |
| Informé de l’événement :  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Fait à       le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Le directeur / la directrice |