|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 circonstances  Précisez, 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 service  Téléphone  Un 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 service  Téléphone | 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 déclaration  Adresse 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  F  Cliquez 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 déclaration  Si 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 | | | | | |