

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 de l'Hérault : signal-sdjes34@ac-montpellier.fr

Complémentaire 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	☐ Incapacité permanente ou de longue durée
☐ Dépôt de plainte	☐ Hospitalisation de plusieurs jours
☐ Intervention des forces de l'ordre ou de sécurité	☐ Décès
☐ Victimes multiples	

Date et heure de l'événement :	Le .../.../.... à ...h...
Lieu :	

Contexte de l'événement	☐ Activité physique et/ou sportive	☐ Repas
	☐ Activité ludique ou éducative	☐ Temps de toilette
	☐ Transport/Déplacement	☐ Temps de sommeil
	☐ Temps libre	☐ Autre.....

Présence d'un encadrement au moment des faits	☐ Oui	☐ un membre permanent de l'accueil
	☐ Non	☐ un intervenant extérieur
		☐ mineur en autonomie (prévus 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 ?	☐ Oui ☐ Non
Y a-t-il eu dépôt de plainte ?	☐ Oui ☐ Non
Précisez	..... .....

En cas d'intervention des services de secours

Nom du service	.....
Téléphone	.../.../.../.../...

En cas d'événement survenu à l'étranger

Ambassade ou consulat prévenu :	☐ Oui le .../.../.... à ...h... ☐ Non
Nom du service :	.....
Personne suivant l'affaire (le cas échéant) :	
Nom	.....
Téléphone	.../.../.../.../...

Renseignements administratifs	
Le directeur de l'accueil	
Nom :	.....
Date de naissance :	.../.../....
Téléphone sur place :	.../.../.../.../...
Qualification : BAFD	☐ Titulaire ☐ Stagiaire
autre (préciser)	.....
Département de résidence	.....
Personne joignable en permanence (si différent du directeur)	
Nom :	.....
Téléphone :	.../.../.../.../...
Fonction :	.....
L'organisateur	
Nom :	.....
Département d'origine :	.....
Adresse :	.....
Téléphone :	.../.../.../.../...
Courriel :	.....
L'accueil	
Numéro de déclaration	-.....
Adresse du lieu d'implantation :	.....
Date de début et de fin :	du:.../.../.... au : .../.../....
Effectifs :	-6 ans : 6/11 ans : 12-17 ans :
Type d'accueil :	☐ Séjour de vacances ☐ Accueil de loisirs ☐ Accueil de scoutisme ☐ Accueil de jeunes ☐ Séjour de vacances dans une famille ☐ Activité accessoire ☐ Séjour court ☐ 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 :	☐ M ☐ F
Date de naissance :	.../.../....
Statut au sein de l'accueil :	☐ Mineur accueilli ☐ Encadrant ☐ Intervenant ☐
Rôle présumé :	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 :	.....
Informé de l'événement :	☐ Oui ☐ Non
Fait à le .../.../.... Le directeur / la directrice	