DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT GRAVE
EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 service de l'Etat en charge de la surveillance des accueils collectifs de mineurs 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 …/…/….. à …h…
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……
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	…… …/…/…/…/… ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non …… ……
En cas d'intervention des services de secours	
Nom du service Téléphone	…… …/…/…/…/…
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 …/…/…. à …h… ☐ Non …… …… …/…/…/…/…

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