



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 service de l'Etat en charge de la surveillance des accueils collectifs de mineurs du département du lieu de l'accueil.

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 : Lieu :	Le .../.../..... à ...h...
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 ☐ un intervenant extérieur
	☐ Non ☐ 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 ? 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 : Séjour de cohésion avril 2024	
Le directeur de l'accueil	
Nom : Date de naissance : Téléphone sur place : Qualification : BAFD autre (préciser) Département de résidence	/.../.... .../.../.../.../... ☐ Titulaire ☐ Stagiaire
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 : Effectifs : Type d'accueil :	-..... du:.../.../.... au : .../.../.... -6 ans : 6/11 ans : 12-17 ans : ☐ 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 : Date de naissance : Adresse : Statut au sein de l'accueil : Rôle présumé : État de santé :	 ☐ M ☐ F .../.../.... ☐ Mineur accueilli ☐ Encadrant ☐ Intervenant ☐ Autre :..... ☐ Auteur ☐ Victime ☐ Témoin
Si encadrant mis en cause :	Nom..... ☐ M ☐ F Date et lieu de naissance.../.../.... à Adresse : Téléphone : Mail :
État de santé :	
Nom, prénom : Adresse : Téléphone : Courriel : Informé de l'événement :	/.../.../.../... ☐ Oui ☐ Non
Fait à le .../.../.... Le directeur / la directrice	