

## 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 (Jura : [ce.sdjes39@ac-besancon.fr](mailto:ce.sdjes39@ac-besancon.fr)).

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

Renseignements sur l'événement	
<input type="checkbox"/> Mise en péril de la sécurité physique et morale de mineurs <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte <input type="checkbox"/> Intervention des forces de l'ordre ou de sécurité <input type="checkbox"/> Victimes multiples	<input type="checkbox"/> Incapacité permanente ou de longue durée <input type="checkbox"/> Hospitalisation de plusieurs jours <input type="checkbox"/> Décès
Date et heure de l'événement :	Le _____ à _____
Lieu :	_____
Contexte de l'événement	<input type="checkbox"/> Activité physique et/ou sportive <input type="checkbox"/> Activité ludique ou éducative <input type="checkbox"/> Transport/ Déplacement <input type="checkbox"/> Temps libre
	<input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Temps de toilette <input type="checkbox"/> Temps de sommeil <input type="checkbox"/> Autres ( précisez ) _____
Présence d'un encadrement au moment des faits	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> un membre permanent de l'accueil <input type="checkbox"/> un intervenant extérieur <input type="checkbox"/> mineur en autonomie ( prévue dans le cadre du projet ) <input type="checkbox"/> 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	_____ _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui      _____      _____ <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____

**Renseignements administratifs****Le directeur de l'accueil**

Nom :		
Date de naissance :		
Téléphone sur place :		
Qualification : BAFD	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire
autre(précisez)		
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 :			
Effectifs :	-6 ans : <input type="checkbox"/>	6/11 ans : <input type="checkbox"/>	12-17 ans : <input type="checkbox"/>

Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Séjour de vacances <input type="checkbox"/> Accueil de scoutisme <input type="checkbox"/> Séjour de vacances dans une famille <input type="checkbox"/> Séjour court	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil de jeunes <input type="checkbox"/> Activité accessoire <input type="checkbox"/> Non déclaré
Séjour spécifique à préciser : <input type="text"/>		

**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: <input type="checkbox"/>	Encadrement : <input type="checkbox"/>
	Intervenant : <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>

Nom :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Date de naissance : .....	<input type="text"/>		
Statut au sein de l'accueil :	<input type="checkbox"/> Mineur accueilli	<input type="checkbox"/> Encadrant	<input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Autre : .....
Rôle présumé :	<input type="checkbox"/> Auteur	<input type="checkbox"/> Victime	<input type="checkbox"/> Témoin
État de santé :	<input type="text"/>		

**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 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Fait à	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> La directrice <input type="checkbox"/> Le directeur
le	<input type="text"/>	<input type="text"/>