

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT GRAVE EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

En application de l'article R227-11 du Code de l'action sociale et des familles

À établir par le Directeur de l'accueil et à envoyer sans délai à la DSDEN de l'Yonne (ce.sdjes89.acm@ac-dijon.fr) ou à la DSDEN 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

<input type="checkbox"/> Mise en péril de la sécurité physique ou 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"/> Intervention de services de secours ou hospitalisation temporaire <input type="checkbox"/> Décès
Date et heure de l'événement : Le .../.../..... à ...h...	
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"/> Autre.....
Présence d'un encadrement au moment des faits	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> un membre permanent de l'accueil <input type="checkbox"/> un intervenant extérieur Nom : Prénom : Fonction :
	<input type="checkbox"/> Non <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 le .../.../.... à ...h... <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 (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 :	<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
	<input type="checkbox"/> Séjour spécifique (à préciser):.....		

Personnes impliquées

Pour toutes les personnes impliquées (victimes, auteurs éventuels, et le cas échéant, témoins), préciser leur nom, âge, sexe, 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 :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	.../.../.....
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 :	.....
<i>Joindre tout certificat médical fourni par les soignants</i>	.....

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 le .../.../.....	Le directeur / la directrice
-------------------------------	------------------------------