



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

<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"/> Décès	
Date et heure de l'événement : Lieu :	Le .../.../..... à ...h...	
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
	<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/.../.../.../...
--	--

