ddcs

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 DDCS ou à la DDCSPP 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 plainteIntervention des forces de l’ordre ou de sécuritéVictimes multiples | Incapacité permanente ou de longue durée Hospitalisation de plusieurs joursDécès |
| Date et heure de l’événement : Lieu : | Le …/…/….. à …h… |
| Contexte de l’événement | Activité physique et/ou sportive Activité ludique ou éducative Transport/DéplacementTemps libre | RepasTemps de toilette Temps de sommeilAutre…………………………………………. |
| Présence d’un encadrement au moment des faits | Oui | un membre permanent de l’accueilun intervenant extérieur |
| Non | mineur en autonomie (prévue dans le cadre du projet)mineur momentanément sans surveillance |
| **Analyse de l’événement** |
| Résumé des circonstancesPrécisez, 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 TéléphoneUn procès verbal a-t-il été établi ? Y a-t-il eu dépôt de plainte ?Précisez | ....................................................................................................................................................................…/…/…/…/…Oui NonOui Non........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **En cas d’intervention des services de secours** |
| Nom du serviceTéléphone | ....................................................................................................................................................................…/…/…/…/… |
| **En cas d’événement survenu à l’étranger** |
| Ambassade ou consulat prévenu : Nom du service :Personne suivant l’affaire (le cas échéant) : NomTéléphone | Oui le …/…/…. à …h… Non........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…/…/…/…/… |

|  |
| --- |
| **Renseignements administratifs** |
| **Le directeur de l’accueil** |
| Nom : | ....................................................................................................................................................................…/…/…..…/…/…/…/…Titulaire Stagiaire........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| Date de naissance : |
| Téléphone sur place : |
| Qualification : BAFD |
| 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 loisirsAccueil de scoutisme Accueil de jeunesSéjour de vacances dans une famille Activité accessoireSéjour court Non déclaréSéjour 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 :Intervenant : | Encadrement :Autre :................................................................... |
| Nom :Sexe :Date de naissance :Statut au sein de l’accueil :Rôle présumé : | ....................................................................................................................................................................M F…/…/…..Mineur accueilli Encadrant Intervenant 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 |