



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 à la DDCS ou à la DDCSPP 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Y a-t-il eu dépôt de plainte ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Précisez | |

En cas d'intervention des services de secours

| | |
|----------------|---------------------|
| Nom du service | |
| Téléphone | .../.../.../.../... |

En cas d'événement survenu à l'étranger

| | |
|---|---|
| Ambassade ou consulat prévenu : | <input type="checkbox"/> Oui le .../.../.... à ...h... <input type="checkbox"/> Non |
| Nom du service : | |
| Personne suivant l'affaire (le cas échéant) : | |
| Nom | |
| Téléphone | .../.../.../.../... |

