Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 compléter et à envoyer sans délai au Service département à la jeunesse, à l'engagement et au sport : ce.sdjes77@ac-creteil.fr *Complémentairement à cette démarche, une déclaration à la compagnie d'assurance est à effectuer le cas échéant.*

MAJ mai 2025

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

Renseignements administratifs

Le directeur de l'accueil

Nom :	.....
Date de naissance :	…/…/…..
Téléphone sur place :	…/…/…/…/…
Qualification : BAFD	Titulaire 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 :	Séjour de vacances	Accueil de loisirs
	Accueil de scoutisme	Accueil de jeunes
	Séjour de vacances dans une famille	Activité accessoire
	Séjour court	Non déclaré
	Séjour 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
Si des encadrants sont impliqués en joindre la liste avec leurs coordonnées complètes (adresse postale/mail/téléphone)

Nombre de personnes impliquées	Mineur accueilli :	Encadrement :
	Intervenant :	Autre : .....

Nom :	.....
Sexe :	M F
Date de naissance :	…/…/…..
Statut au sein de l'accueil :	Mineur accueilli Encadrant Intervenant Autre :……
Rôle présumé :	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