



## **COMMUNE DE SAINT JACUT LES PINS** **DISPOSITIF « ARGENT DE POCHE » - 2024**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Sexe (cochez) :  F  M  SG

Date de naissance : ...../...../..... Age : .....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse mail : .....

### **Pièces à joindre :**

#### **Document à remettre 1 fois dans l'année :**

- Courrier de présentation et de motivation (une fois dans l'année)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture eau, électricité, etc.)
- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie de l'attestation d'assuré sociale (carte vitale)
- Attestation d'assurance de responsabilité civile

#### **Document à remettre pour chaque période de missions :**

- Tableau des disponibilités
- Engagement de partenariat signé
- Fiche Sanitaire de liaison remplie (à actualiser à chaque nouvelle mission : passage en mairie afin de vérifier les informations et d'attester avec la nouvelle date)
- Autorisation parentale signée (à actualiser à chaque nouvelle mission : passage en mairie afin de vérifier les informations et d'attester avec la nouvelle date)

**Tableau des Disponibilités**  
**DISPOSITIF « ARGENT DE POCHE » 2024**

**A rendre pour le Vendredi 2 Février 2024**

Vacances d'Hiver 2024		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
09	Du 26 février au 02 mars		
10	Du 04 au 09 mars		

**A rendre pour le Vendredi 29 Mars 2024**

Vacances de Printemps 2024		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
17	Du 22 au 27 avril		
18	Du 29 avril au 04 mai		

**A rendre pour le Lundi 07 Juin 2024**

Vacances d'été 2024		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
26	Du 24 juin au 29 juin		
27	Du 1 juillet au 6 juillet		
28	Du 8 juillet au 13 juillet		
29	Du 15 juillet au 20 juillet		
30	Du 22 juillet au 27 juillet		
31	Du 29 juillet au 3 août		
32	Du 5 août au 10 août		
33	Du 12 août au 17 août		
34	Du 19 août au 24 août		
35	Du 26 août au 31 septembre		

**A rendre pour le Vendredi 27 Septembre 2024**

Vacances d'Automne 2024		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
43	Du 21 octobre au 26 octobre		
44	Du 28 octobre au 2 novembre		

## QUESTIONNAIRE

**Situation** (cochez) :

Lycéen(ne) – Etablissement : ..... Classe : .....

Spécialité : .....

Etudiant(e) – Etudes suivies : .....

Spécialité : .....

Autre – Précisez : .....

**Compétences particulières** (cochez) :

Utilisation d'ordinateur

Bafa envisagé

Autres : .....

.....

**Mobilité** (cochez) :

Scooter/vélo

Possibilité d'être véhiculé par un parent (ou autre)

A pied

**Incapacités médicales pour certaines tâches** (joindre un certificat médical) :

.....

.....

**Souhait de découvrir un service, un métier en particulier** (dans la mesure du possible et lors de la 2<sup>-ème</sup> mission l'affectation sera différente) :

.....

.....

**Remarques** :

.....

.....

## AUTORISATION PARENTALE

**A faire remplir obligatoirement par les parents ou le tuteur légal**

*En cas d'absence de cette autorisation, le dossier ne pourra pas être pris en compte*

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom/Prénom	..... .....	..... .....
Téléphone fixe	.....	.....
Téléphone portable	.....	.....
Mail	.....	.....
Personnes à contacter en cas d'urgence :		
..... Tél : .....		
..... Tél : .....		

**Madame, Monsieur,** ..... en qualité de responsable légal, déclare, après avoir pris connaissance des points suivants, ainsi que du contrat auquel ma fille/mon fils s'engage :

❖ la collectivité ne sera en aucun cas tenue comme employeur des jeunes participant à l'opération « Argent de poche ». En aucun cas l'indemnité versée pour la participation à l'activité « Argent de Poche » ne pourra s'apparenter à un salaire.

❖ les jeunes entrant dans le dispositif devront bénéficier d'une couverture sociale en leur nom ou sous couvert de leur responsable légal. Une attestation apportant la preuve de la présente couverture sociale sera demandée lors de l'inscription du jeune dans l'opération. Si le jeune est amené à se blesser lui-même au cours de l'activité, soit au cours du trajet, les frais inhérents aux dommages corporels seront pris en compte par son propre régime de couverture sociale.

❖ la collectivité s'engage à souscrire auprès d'une compagnie notoirement solvable un contrat d'assurance « Responsabilité Civile » lié à cette activité couvrant l'ensemble des dommages pouvant être occasionnés et accidents pouvant survenir à un tiers dans le cadre du déroulement des activités. Tous les participants sont tiers, les uns par rapport aux autres.

**Madame, Monsieur,** ..... autorise mon enfant à participer au dispositif « Argent de Poche ».

Dans le cadre des missions « Argent de Poche », des photos ou des reportages peuvent être réalisés avec vos enfants. Ces supports sont susceptibles d'être utilisés pour faire connaître les activités effectuées sur la commune, et non à des fins commerciales.

J'autorise les prises de vue de mon enfant       Je n'autorise pas les prises de vue de mon enfant

Fait à ..... Le .....  
Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvée »

## ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

***Ce contrat est un engagement de votre part à observer certaines règles dans l'exercice des tâches qui vous sont confiées. Nous vous invitons à le lire attentivement avant de le signer***

### **Périodicité de l'activité**

- L'activité « Argent de poche » se déroule pendant les vacances scolaires, sur une durée de trois heures consécutives
- Chaque année je peux participer **au maximum à 3 périodes de 5 demi-journées d'activités consécutives**

### **Ponctualité**

- J'arrive à l'heure précise au point de rendez-vous qui me sera indiqué lors de la réunion de présentation. Toute personne arrivant après le démarrage de la mission ne sera pas acceptée pour y participer
- Je m'engage à participer aux missions sur la totalité du temps d'activité et de ce fait à ne pas quitter le lieu du chantier avant l'horaire prévu.

### **Réalisation du chantier**

- Les travaux qui me sont confiés peuvent être salissants. De ce fait, il est de ma responsabilité de me présenter avec des vêtements adaptés à la nature des chantiers qui me sont confiés. Le port de pantalon et de chaussures plates fermées est obligatoire. Les bijoux sont prohibés.
- Etant indemnisé pour une tâche à laquelle je dois pouvoir me consacrer pleinement pendant toute la durée de ma mission, l'usage des téléphones portables est strictement interdit durant les chantiers. En conséquence, les téléphones portables devront être placés sur répondeur.
- La commune ne sera pas tenue responsable des dommages que pourra subir mon téléphone ou tout autre objet de valeur, à l'occasion des missions qui me seront confiées.

### **Qualité des tâches effectuées et comportement pendant les chantiers**

- Je m'engage à réaliser correctement les travaux qui me sont confiés.
- Je respecte et j'applique les consignes qui me sont données par les encadrants
- Je reste poli avec mon entourage, c'est-à-dire avec les tuteur/encadrants, les autres participants au dispositif mais également avec tous les usagers que je serai amené à rencontrer.
- Je prends soin du matériel que l'on me confie. Si nécessaire, je lave et range le matériel à l'issue de mes missions. Je le remets à l'encadrant à l'issue de ma demi-journée.
- Le secret professionnel est de rigueur absolue. Je suis tenu d'observer la plus entière discrétion sur l'ensemble des renseignements que je pourrais recueillir à l'occasion de ces missions ou du fait de ma présence dans un service d'accueil.

### **Informations médicales**

- Je signale toute information médicale utile (allergie, traitements, pathologie chronique, etc.) et les conduites tenir en cas d'urgence : **fiche sanitaire de liaison / Vaccinations / Dernier vaccin DT Polio /**

### **Sanctions appliquées entraînées par le non-respect d'un des points énoncés ci-dessus :**

- Exclusion temporaire ou définitive du dispositif « Argent de poche ».
- Non-indemnisation des missions pour lesquelles les consignes n'ont pas été respectées ou durant lesquelles votre comportement n'a pas été jugé satisfaisant par les tuteurs/encadrants
- Ces sanctions feront l'objet d'une concertation entre le service communal, le jeune et ses parents

**Indemnisation du chantier**

- Toute réalisation satisfaisante des missions entraîne le versement d'une indemnité. Cette dernière est fixée à 15 € par jour (durée de 3 heures)

J'atteste avoir pris connaissance du présent règlement et je m'engage à le respecter sous peine d'application des sanctions énoncées ci-dessus.

Fait à ..... Le .....  
Signature du jeune, précédée de la mention « lu et approuvée »

LOI RGPD de mai 2018, sur le traitement des données personnelles.

La durée de conservation et le délai de destructions des présents dossiers est d'une année civile.



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b><u>LE JEUNE</u></b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

---

---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

---

---

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

---

**Numéros de téléphone :**

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

COMMUNE du MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare*

*Exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du dispositif à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---