



COMMUNE DE SAINT JACUT LES PINS **DISPOSITIF « ARGENT DE POCHE » - 2025**

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 » 2025

A rendre pour le Vendredi 17 Janvier 2025

Vacances d'Hiver 2025		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
07	Du 10 au 14 Février		
08	Du 17 au 21 Février		

A rendre pour le Vendredi 14 Mars 2025

Vacances de Printemps 2025		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
15	Du 7 au 11 avril		
16	Du 14 au 18 avril		

A rendre pour le Vendredi 6 Juin 2025

Vacances d'été 2025		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
26	Du 23 juin au 27 juin		
27	Du 30 juin au 4 Juillet		
28	Du 7 juillet au 11 juillet		
29	Du 15 juillet au 18 juillet		
30	Du 21 juillet au 25 juillet		
31	Du 28 juillet au 1 Août		
35	Du 25 août au 29 septembre		

A rendre pour le Vendredi 26 Septembre 2025

Vacances d'Automne 2025		Cochez vos disponibilités	Réserver à l'administration
43	Du 20 octobre au 24 octobre		
44	Du 27 octobre au 31 Octobre		

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 -ème 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.

**LE JEUNE****FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 :
