



Dossier Inscription

Dispositif **ARGENT DE POCHE**

Pour les 16 / 17 ans



Je m'inscris

**J'effectue
une mission**

**Sur une
1/2
journée**

**Je
gagne
15 €**

Renseignements auprès de
l'animateur jeunesse:

☎ 06.62.18.30.3

Fiche de renseignements

Année 2020

Nom :

Prénom :

Sexe (cochez) : ☐ M ☐ F

Date de Naissance :

Adresse :

Code postal :

N° portable :

Téléphone :

N° portable parent 1 :

N° portable parent 2 :

N° de sécurité sociale :

Mail :

N° de téléphone en cas d'urgence :

➤ Domicile :

➤ Travail du père :

➤ Travail de la mère :

➤ Médecin traitant :

**PHOTO
IDENTITE
(Obligatoire)**

Situation (cochez) :

☐ Lycéen(ne)

☐ Autre. Précisez :

Pièces obligatoires à joindre :

☐ Photocopie d'une pièce d'identité

☐ Fiche sanitaire de liaison

☐ Photocopie de l'attestation d'assuré social

☐ Autorisation parentale

☐ Attestation d'assurance responsabilité civile

☐ Lettre de motivation

Autorisation parentale

Madame, Monsieur en qualité de tuteur légal, après avoir pris connaissance des points suivants ainsi que du contrat auquel mon enfant s'engage :

☐ La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l'opération « Argent de poche ». L'indemnisation versée pour la participation à l'activité « Argent de poche » ne pourra avoir équivalent de salaire.

☐ Les jeunes entrant dans le dispositif devront bénéficier d'une couverture sociale en leur nom ou sous couvert de leur tuteur. 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, soit 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 commune 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 des tiers dans le cadre du déroulement des missions. Tous les participants sont tiers les uns par rapport aux autres.

☐ Autorise mon fils/ma fille :

Nom :

Prénom :

Domicile :
.....

☐ A participer à l'opération « Argent de poche »

☐ De plus, j'autorise :

☐ Mon fils/ma fille à rentrer seul(e) après l'animation

☐ L'équipe encadrante à prendre des photos et vidéos lors des missions pour la communication (presse, journal communal, site internet)

Fait à Le

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

L'animateur de St Philbert de Bouaine se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 06.62.18.30.31 ou par mail à animation-jeunesse@saintphilbertdebouaine.fr

Contrat de participation au dispositif « Argent de poche »

Ce contrat est un engagement de votre part mais également de la part de l'encadrant du dispositif. Vous vous engagez donc à observer certaines règles dans l'exercice des tâches qui vous sont confiées. Lisez-le attentivement avant de le signer

Concernant la ponctualité

- ☐ J'arrive à l'heure précise au point de rendez-vous. Toute personne arrivant après le démarrage de la mission ne sera pas acceptée à y participer.
- ☐ Je m'engage à participer à la mission sur la totalité du temps d'activité et de ce fait à ne pas quitter le lieu de la mission avant l'horaire prévu, y compris pendant le temps de pause.

Concernant la périodicité de l'activité

- ☐ L'activité « Argent de poche » se déroule pendant les vacances scolaires sur un temps de 3h30 comprenant une pause d'une demi-heure.

Concernant la réalisation de la mission

- ☐ Les travaux qui me sont confiés peuvent être salissants. De ce fait, il est de ma responsabilité de me présenter avec des vêtements et chaussures (types chaussures de randonnées) adaptés à la nature des missions qui me sont confiées (pas de chaussure en toile)
- ☐ Etant indemnisé pour une tâche à laquelle je dois pouvoir me consacrer pleinement pendant toute la durée de la mission, l'usage des téléphones portables est strictement interdit. En conséquence, les téléphones portables devront à minima être placés sur répondeur.
- ☐ La consommation de tabac et d'alcool est strictement interdite pendant la mission.

Concernant la qualité des tâches effectuées et le comportement pendant les missions

- ☐ 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 encadrants, les résidents des habitations près desquelles je travaille mais également envers les autres participants et tout public rencontré à l'occasion de ma mission
- ☐ Je prends soin du matériel qu'on me confie. Si nécessaire, je lave et range le matériel à l'issue de la mission.

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 de la mission pour laquelle les consignes n'ont pas été respectées ou durant lequel le comportement n'a pas été jugé satisfaisant par les encadrants.

Indemnisation de la mission

- ☐ Toute réalisation, satisfaisante d'une mission entraîne le versement d'une indemnité. Cette indemnité est fixée à 15 € par mission et sera versée sous forme de chèque ou espèces à l'issue de la mission..
- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du présent règlement et je m'engage à le respecter sous peine d'application des sanctions qui y sont énoncées.

Fait à le.....

Signature du participant

Avec la mention "Lu et approuvé"

j

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008/02

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES 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 DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON ☐OCCASIONNELLEMENT ☐OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON ☐OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

Père : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Règlement Général de Protection des Données

Les informations recueillies dans l'ensemble du dossier d'inscription (y compris dans la pièce d'identité, la fiche de liaison sanitaire et dans l'attestation d'assuré social) sont enregistrées dans un fichier informatisé et conservé au format papier par la Commune de Saint-Philbert-de-Bouaine pour communiquer avec vous sur le dispositif argent de poche porté par la Commune et l'AIFR.

Ce traitement est basé sur votre consentement obligatoire.

Les informations sont conservées pendant une durée de 5 ans et sont destinées :

- A titre principal à un usage interne aux personnes habilitées des services administratifs de la Commune et de l'AIFR,
- Sous-traitants : Trésor Public (pour l'indemnisation des missions)

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez d'un droit d'accès aux données, de rectification des données, d'effacement des données, de limitation du traitement, de portabilité des données, d'opposition au traitement, d'opposition au transfert de données pour motif légitime à moins que la loi ou la réglementation en vigueur ne s'y oppose.

Pour exercer vos droits, vous devez nous adresser un courrier, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité comportant votre signature, à l'adresse postale suivante : [10](#) rue de la mairie, 85 660 Saint-Philbert-de-Bouaine ou à l'adresse de courrier électronique : mairie@saint-philbertdebouaine.fr

Contact du délégué à la protection des données :

e-Collectivités Vendée
65 rue Kepler
85000 La Roche sur Yon
02.51.33.02.72
contact@ecollectivitesvendee.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour communiquer avec vous sur la mise en œuvre du dispositif argent de poche.

☐

J'accepte

Nom, Prénom et qualité du signataire