

Dossier d'inscription
Dispositif ARGENT DE POCHE
De 15 ans à 17 ans

(à compléter seulement lors de la première participation)

Commune de

NOM :

Prénom :

Sexe : **M** **F**

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

Adresse :
.....

Téléphone : /...../...../...../..... et /ou /...../...../...../.....

En cas d'urgence personne à prévenir :

Téléphone : /...../...../...../.....

Médecin :

Mail :

Situation scolaire :

Autre précisez

Pièces à joindre :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Copie d'attestation de droit d'assuré social
- Copie d'attestation où apparaît la responsabilité civile
- Compléter l'autorisation parentale avec droit à l'image et la fiche sanitaire de liaison
- Signer la charte
- Avoir pris note que les missions sont rétribuées en espèces.

Attention tout dossier incomplet sera refusé

A faire remplir impérativement par les parents ou le tuteur légal.
En cas d'absence de cette autorisation, le dossier ne pourra pas être pris en compte.

AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur :

En qualité de tuteur légal, après avoir pris connaissance des points suivants ainsi que du contrat auquel ma fille - mon fils s'engage :

La Commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l'opération « Argent de poche ». En aucun cas l'indemnité 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 un tiers dans le cadre du déroulement des missions. Tous les participants sont tiers, les uns par rapport aux autres.

Autorise mon enfant :

Nom et Prénom.....

à participer à l'opération « Argent de poche » 2022

Dans le cadre des missions « argent de poche », des photos ou des reportages peuvent être réalisés, ces supports sont susceptibles d'être utilisés par la Commune de Saint Michel de Rieufret pour faire connaître les missions effectuées sur la commune et non à des fins commerciales.

- Autorise les prises de vue
- Refuse les prises de vue

Atteste qu'il n'a aucune contre-indication physique, médicale à remplir les missions qui lui seront confiées.

N° de tél. des parents : Madame.....

Monsieur.....

Fait à.....le/..../.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

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 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 du chantier avant l'horaire prévu, y compris pendant le temps de pause.

Concernant la périodicité de l'activité

- . L'activité « Argent de poche » se déroule de juin à août 2022 pendant les vacances scolaires, sur un temps de 3 h.

Concernant la réalisation des missions

- . 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 adaptés à la nature des chantiers qui me sont confiés (pas de chaussures en toile)
- . Etant indemnisé pour une tâche à laquelle je dois pouvoir me consacrer pleinement pendant toute la durée du chantier, l'usage des téléphones portables est strictement interdit durant les chantiers. En conséquence, les téléphones portables devront à minima être placés sur répondeur.

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 au chantier.
- . Durant mon travail, je ne gêne pas les résidents des habitations auprès desquelles j'interviens.
- . Je prends soin du matériel qu'on me confie. Si nécessaire, je lave et range le matériel à l'issue de la mission.
- . Je le remets à l'encadrant à la fin 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 du chantier pour lequel les consignes n'ont pas été respectées ou durant lequel votre comportement n'a pas été jugé satisfaisant par les encadrants.

Indemnisation de la mission

- . Toute réalisation satisfaisante de la mission entraîne le versement d'une indemnité. Cette indemnité est fixée à 15 euros par mission et sera versée en espèces.
- . 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 précédée de la mention « Lu et approuvé »

Coller
une photo
récente
de l'enfant
(obligatoire)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccinations : BCG DTP ANTI-COQUELUCHE

Dates et rappels :.....
.....

Autres vaccins : (Antihoémophilus, hépatite B, ROR...)

Dates :

En fonction du protocole sanitaire en vigueur, il pourra être demandé un test PCR.

Renseignements médicaux : (entourez les maladies contractées)

RUBEOLE / VARICELLE / ANGINE / RHUMATISME / SCARLATINE / COQUELUCHE / OTITE / ROUGEOLE / OREILLONS/

Allergies : asthme alimentaires médicamenteuses autres préciser :
.....

Opérations et autres informations :
.....

Traitements médicaux en cours :

Autres recommandations :

AUTORISATIONS PARENTALES

- Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette feuille sont exacts et complets, et autorise en cas d'urgence, le responsable du CL à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement, hospitalisations...).

FAIT A :**LE :**

SIGNATURE