



TU AS ENTRE
15 ET 17 ANS ?

TU HABITES
À GORGES ?

DISPOSITIF ARGENT DE POCHE

“ DONNE DE TON TEMPS
POUR TA COMMUNE
ET GAGNE DE L'ARGENT
DE POCHE
POUR TES PROJETS ...

Informations et renseignements : www.gorges44.fr - 02 40 06 93 90

Gorges

Renseignements sur le Jeune :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : mail :

Situation du jeune

- Classe, formation, établissement fréquenté
- Autres Précisez :

DISPONIBILITES

Périodes disponibles	Cocher les périodes intéressées
Vacances d'automne	
Vacances de Noël	
Vacances de février	
Vacances de printemps	
Juillet	
Août	
Samedi ou en soirée	

Missions	Cochez les missions intéressées
Entretien des bâtiments (nettoyage, peinture, rangement)	
Entretien espaces publics	
Service pour évènementiels (animations, vin d'honneur)	

1

MOTIVATIONS

En quelques lignes expliquez vos motivations à participer au dispositif « Argent de Poche » :

.....

.....

.....

.....

Responsable(s) légal(aux) :

Référent 1

Nom :

Prénom :

Téléphone perso travail mail :

Adresse si différente de celle du jeune :

Référent 2

Nom :

Prénom :

Adresse si différente de celle du jeune :

Téléphone perso travail mail :

Autorisation parentale (à remplir par (s)tuteur(s)légal(aux))

Madame et/ou Monsieur

En qualité de tuteur légal, déclare, après avoir pris connaissance des points suivants :

- La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants du Dispositif «argent de poche». En aucun cas le montant versé pour la participation à l'activité ne pourra avoir équivalence de salaire.
- Le jeune entrant dans le dispositif devra bénéficier d'une couverture sociale en son nom ou sous couvert de son tuteur. 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.
- Autorise mon enfant à participer au dispositif «argent de poche» mis en place par la commune de Gorges et à percevoir son indemnité en fin de mission sous la forme de virement sur le compte bancaire du jeune.
- Certifie que mon enfant :
 - Possède une assurance extrascolaire
 - Est à jour de ses vaccinations
- Autorise les responsables à prendre les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie

Trajet domicile-lieu d'intervention :

- J'autorise mon enfant à effectuer seul le trajet entre son domicile et le lieu d'intervention
- Ou
- J'assurerai le transport de mon enfant entre son domicile et le lieu d'intervention.

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 ma fille - mon fils
- Je refuse les prises de vue de ma fille - mon fils

Pièces à joindre au dossier d'inscription

1. Photocopie de la pièce d'identité
2. Attestation responsabilité civile
3. RIB du jeune

Date : Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »,

CONTRAT DE PARTICIPATION POUR LES MINEURS

NOM et Prénom du participant.....

Ce contrat est un engagement entre la collectivité et vous-même à observer certaines règles dans l'exercice des tâches qui vous sont confiées.

Lisez-le attentivement avant de le signer.

Je m'engage à :

- Respecter les horaires de début et de fin de mission, en participant aux travaux sur la totalité du temps initialement prévu. J'arrive à l'heure précise au point de rendez-vous. Toute personne arrivant après le démarrage de l'activité ne sera pas acceptée à y participer. Je m'engage à participer aux missions sur la totalité du temps d'activité de ce fait à ne pas quitter le lieu avant l'horaire prévu, y compris pendant le temps de pause.
- Me présenter avec une tenue adaptée à la nature des missions confiées. Les travaux peuvent être salissants. Il est donc de ma responsabilité de me présenter avec des vêtements et des chaussures adaptées à la nature des activités auxquelles je participerai.
- A ne pas utiliser de téléphone portable durant les activités (tolérance pendant la pause).
- Être respectueux des encadrants et des autres personnes susceptibles d'être rencontrées sur le lieu de travail (usagers, autres participants à l'activité).
- Respecter un devoir de réserve (discrétion sur ce que je vois et ce que j'entends lors des chantiers).
- Appliquer les consignes de sécurité qui me sont données et prendre soin du matériel confié.

Sanctions appliquées en cas de 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 votre 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. Celle indemnité est fixée à 15€ par demi-journée.

J'atteste avoir pris connaissance du présent règlement et m'engage à le respecter sous peine d'application des sanctions qui y sont énoncées.

Fait à Gorges, le

Noms et signatures, précédés de la mention « lu et approuvé »

Le participant,

Le représentant légal,

Le Maire ou l'Adjoint délégué,

Le responsable du service,

FICHE SANITAIRE

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : féminin masculin

Nom du médecin traitant : Tél.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou en faire une copie)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? oui non

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui non

Varicelle oui non

Angine oui non

Rhumatisme articulaire aigu oui non

Scarlatine oui non

Otite oui non

Coqueluche oui non

Rougeole oui non

4

ALLERGIES

Asthme oui non

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

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.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

En cas de difficultés de santé particulières, merci de le préciser ci-dessous (lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...) :

Je soussigné(e), _____ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de pôle enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du tuteur légal