

DOSSIER D'INSCRIPTION

DISPOSITIF « ARGENT DE POCHE »

Le dispositif « argent de poche » propose aux jeunes Luminais de 16 et 17 ans, la réalisation de petits travaux qui permettent d'améliorer le cadre de vie de la commune. Les chantiers peuvent concerner de l'entretien, du nettoyage, du rangement, de la manutention... Les missions se déroulent pendant les vacances scolaires du lundi au vendredi, Une indemnité de 15 € est prévue par demi-journée de 3 heures.

Renseignements sur le jeune :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal et ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Situation : Lycéen – étudiant Etablissement : _____

Autres Précisez _____

Inscriptions :

Vacances d'été :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Juillet | <input type="checkbox"/> Août |
| <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} semaine | <input type="checkbox"/> 1 ^{ème} semaine |
| <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} semaine | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} semaine |
| <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} semaine | <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} semaine |
| <input type="checkbox"/> 5 ^{ème} semaine | <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} semaine |

Motivations : _____

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.
- Être respectueux des encadrants et autres personnes susceptibles d'être rencontrées sur le lieu de travail.
- Appliquer les consignes de sécurité qui me sont données et prendre soin du matériel confié.
- Me présenter avec une tenue adaptée à la nature des missions confiées.
- A ne pas utiliser de téléphone portable dont l'usage est interdit.

En cas de non-respect des consignes ci-dessus, le jeune sera exclu et non indemnisé.

Fait à _____ le _____

Signature du jeune

Pièces à joindre :

- Photocopie pièce d'identité
- Photocopie de l'attestation d'assuré vitale ou carte vitale
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Autorisation parentale
- Fiche sanitaire



AUTORISATION PARENTALE

(à remplir par le tuteur légal)

En cas d'urgence :

Prévenir : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____ Numéro de téléphone : _____

Engagement :

Je déclare avoir pris connaissance des points suivants :

- La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participant à l'opération « argent de poche ». Le montant versé pour la participation à l'activité ne pourra avoir équivalence de salaire. Aucun bulletin de salaire ne sera établi.
- Les jeunes entrant dans le dispositif devront bénéficier d'une couverture sociale en leur nom ou sous couvert de leur 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 en pris en compte par son propre régime de couverture sociale.

J'autorise les responsables des services communaux à prendre les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie.

J'autorise la commune à reproduire librement et gratuitement des photographies de mon enfant en activité dans différentes publications y compris internet.

Je soussigné(e) _____ demeurant _____

autorise mon enfant _____ à participer au dispositif « argent de poche » de la commune de Saint-Lumine-De-Clisson.

Fait à _____ le _____

Signature du tuteur légal

FICHE SANITAIRE

IDENTIFICATION

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des 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