

PHOTO

**DOSSIER D’INSCRIPTION DISPOSITIF « ARGENT DE POCHE »**

# Je gagne de l’argent de poche…

**En participant à la vie de ma commune !**

Renseignements généraux concernant le jeune :

Nom : …………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………

Sexe : Masculin ⃝ Féminin ⃝ Date et lieu de naissance : / / à…………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CP : ………………… Commune : ……………………………………

:……………………………………………… ………………….……………..…..……@........................................

N° de sécurité sociale : ………………………………………………….

N° de téléphone en cas d’urgence :

Domicile : ………………………………..

## Du responsable légal 1 : …………………………………………et mail………………………………………….

Du responsable légal 2 : ……………………………………………..et mail………………………………………….

Nom et téléphone du médecin traitant : ……………………………………………………………………………

Situation (cochez) :

⃝ Lycéen (ne), précisez l’établissement : ……………………………………………………………………………………………

⃝ Autre, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Chaque mission proposée dure deux heures. La mairie s’engage à verser 10 euros par mission effectuée. Chaque jeune pourra effectuer un maximum de 5 missions sur l’année.

Préférences : Numéroter les missions par ordre de préférence :

* Service à la personne : aide à la Marpa 10h à mdi
* Animation Marpa : 14h à 16h
* Service technique de la Mairie : désherbage, nettoyage, petits travaux divers …
* Médiathèque

Disponibilité lors des vacances de février :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre de missions souhaitées : ……………..

Un entretien préalable avec le jeune sera fixé de façon à définir précisément le nombre de missions, les dates et précisera le détail de la mission à accomplir.

**FICHE SANITAIRE – Dispositif Argent de Poche**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur le jeune, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1/ Médecin traitant :** .................................. Adresse : ................................................. téléphone : ..............................

## 2/ Vaccination

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins Obligatoires** | **oui** | **non** | **Dates des Derniers Rappels** | **Vaccins Recommandés** | **Dates** |
| DT POLIO |  |  |  | HÉPATITE B |  |
|  |  |  |  | RUBEOLE OREILLIONS ROUGEOLE |  |
|  |  |  |  | COQUELUCHE |  |

SI L’ENFANT N’A PAS REALISE LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**3 / Renseignements médicaux concernant le jeune**

**Le jeune a-t-il des allergies :**  oui  non

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et fournir une ordonnance) :

...........................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

...........................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

**Le jeune suit-il un traitement médical :**  oui  non

Si oui, lequel ? ............................................................................................................................................................................................................

Joindre une ordonnance ainsi que les médicaments et la notice dans la boite d’origine. Dans le cas contraire, nous ne pourrons donner le traitement. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Le jeune a-t-il un Projet d’Accueil Individualisé (PAI) ?**  oui  non

**(Si oui convenir d’un rendez-vous préalable et fournir une copie du document)**

**Le jeune a-t-il un dossier en cours à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?**

 oui  non **(si oui convenir d’un rendez-vous préalable)**

**Responsable du mineur**

Je, soussigné(e) responsable légal du jeune :

 Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d’inscription et m’engage à les réactualiser si nécessaire.

 Autorise l’utilisation interne des données personnelles à l’usage unique de la collectivité

 Autorise la collectivité à prendre des photographies et/ou des vidéos du jeune pendant le dispositif à des fins de communication et de promotion.

 Autorise la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,…) rendues nécessaires par l’état de santé du mineur et m’engage à rembourser à la collectivité, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

**Fait le : à :**

**Nom Prénom : Signature du responsable légal :**

Motivation :

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Autorisation parentale (à remplir par le tuteur légal)

Je soussigné (e), Monsieur, Madame ou tuteur légal demeurant

(adresse complète) à ……………………………………………………………………………………………………………………………

autorise mon enfant à participer au dispositif « Argent

de poche, dans les conditions définies dans le contrat de participation (ci-après). Je certifie que mon enfant :

⃝ Possède une assurance extrascolaire ⃝ Est à jour de ses vaccinations

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.

⃝ J’autorise également les responsables à prendre les initiatives nécessaires en cas d’accident ou de

maladie.

⃝ J’autorise ⃝ Je n’autorise pas la commune de MOYON6VILLAGES à utiliser les photographies et images vidéo représentant le bénéficiaire dans ses divers supports de communication (bulletin, site internet…).

La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l’opération « Argent de poche ».

La commune s’engage à souscrire auprès d’une compagnie notoirement solvable un contrat d’assurance en « 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.

Pièces demandées :

⃝ Dossier d’inscription et Fiche sanitaire

⃝ Attestation d’Assurance responsabilité civile

⃝ **Justificatif de Domicile au nom du tuteur légal** (quittance de Loyer, Facture électricité, internet…)

⃝RIB au nom du jeune pour effectuer le versement de l’’argent de poche.

**Ces pièces sont à déposer à la mairie de Moyon villages avec le dossier d’inscription.**

## Contact : Nathalie Jamard – Mairie de Moyon Villages / 02 33 56 32 13/ nathalie.jamard@moyonvillages.fr

Fait à ………………………………………………. Le …………………………………………......

**Signature des parents Signature du jeune**

Précédée de la mention « Lu et approuvé » Précédée de la mention « Lu et approuvé »

## Engagement du jeune

Pendant la durée de la mission, le jeune s’engage à :

* + Être présent sur la totalité de la mission confiée et à ne pas quitter le lieu de la mission sans

l’autorisation de l’encadrant ;

* + Être ponctuel : toute personne arrivant après le démarrage de l’activité ne sera pas acceptée à y participer ;
  + Prévoir une tenue vestimentaire adaptée aux travaux prévus (les travaux confiés peuvent être salissants) ;
  + Réaliser correctement les tâches qui lui sont confiées ;
  + Respecter et appliquer les consignes données par les encadrants ;
  + Faire preuve d’un comportement adapté (politesse et respect vis-à-vis des encadrants, des autres jeunes et du public, discrétion et neutralité) ;
  + Prendre soin du matériel confié pour la mission.

## Durée et contenu de la mission

Chaque mission a une durée de 2 heures.

Les missions visent à l’amélioration du cadre de vie de la commune et à rendre les jeunes acteurs de leur territoire. Les missions proposées seront définies par la Mairie et porteront sur des tâches simples ne nécessitant pas de technicité particulière (aide au fleurissement, désherbage manuel, peinture de petits mobiliers urbains, aide à la médiathèque, aide à la MARPA : participation au service, à la mise en place et au débarrassage de la salle, animation …etc.).

Avant la mission, un entretien est prévu et « une fiche de mission » sera délivrée.

## 3) Indemnisation et fin de la mission

En contrepartie de la réalisation d’une mission dans le respect des points d’engagement précités, la Mairie s’engage au versement d’une indemnité de 10 € par tranche de deux heures de mission. Cette indemnisation se fera par virement bancaire sur le compte du jeune.

Le non respect des points d’engagement par le jeune pourra entraîner l’exclusion temporaire ou définitive du dispositif « Argent de poche » et la non-indemnisation de la mission.

## 4) Cadre légal de la mission

Le dispositif « Argent de poche » n’est pas considéré comme un emploi. À ce titre, la Mairie de ne saurait être désignée comme employeur des jeunes participant au dispositif.

Par ailleurs, l’indemnité versée pour la participation à l’activité « Argent de poche » ne pourra avoir

équivalence 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 activités.

## En signant le dossier d’inscription, j’atteste avoir pris connaissance du présent contrat et m’engage

**à le respecter.**