



ACTE D'ENGAGEMENT – CONTRAT DE PARTICIPATION
Dispositif « Argent de Poche »

Entre la Commune de Guidel représentée par Monsieur Le Maire, Joël DANIEL, agissant en application de la délibération du Conseil Municipal en date du 22/03/2022.

Et

Mr/Mme (nom et prénom du jeune) _____

Domicilié, _____

/ _ / _ / _ / _ / _ / Ville : _____

Et

Le représentant légal, Mr/Mme _____

Domicilié _____

/ _ / _ / _ / _ / _ / Ville : _____

Il a été convenu ce qui suit :

Le dispositif « argent de poche » se déroule pendant les vacances scolaires de 8h30 à 12h00 du lundi au vendredi. Les missions concernent l'entretien de la commune, le rangement, le nettoyage, l'accompagnement....

L'usage du téléphone portable est strictement interdit sur le lieu de chantier.

Je m'engage à :

- Me présenter avec une tenue adaptée à la nature des chantiers confiés,
- Participer aux chantiers sur la totalité du temps initialement prévu,
- Respecter les horaires de début et de fin de travail,
- Appliquer les consignes qui me sont données par les encadrants,
- Respecter et être poli avec les encadrants et autres personnes susceptibles d'être rencontrées sur le lieu de travail,
- Prendre soin du matériel confié.

Toute réalisation entraîne le versement d'une rétribution équivalente à 20 € par demi-journée de 3h30.

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

Fait à Guidel,

Le

Signature du Jeune

Signature du Représentant légal

Le Maire,
J. DANIEL



FICHE DE CANDIDATURE
Dispositif « Argent de Poche » – Année 2022

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Sexe : Masculin Féminin

Adresse : _____

Code Postal : /_/_/_/_/_/_/_/_ Ville : _____

Tél : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ e-
mail : _____@_____

N° de sécurité sociale : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Situation : Collégien(ne) Lycéen(ne) Autres : _____

Disponibilités : Merci de cocher vos disponibilités et de numéroté vos choix (afin que la semaine soit complète, le 14 juillet est remplacé par le vendredi 08 juillet).

- Du 08/07 au 15/07/2022 choix n° :
- Du 18/07 au 22/07/2022 choix n° :
- Du 25/07 au 29/07/2022 choix n° :
- Du 01/08 au 05/08/2022 choix n° :
- Du 08/08 au 12/08/2022 choix n° :
- Du 16/08 au 19/08/2022 choix n° :
- Du 22/08 au 26/08/2022 choix n° :

Pièces obligatoires à joindre

- Fiche de candidature,
- L'autorisation parentale,
- L'acte d'engagement,
- La fiche sanitaire de liaison
- La photocopie d'une pièce d'identité
- Une attestation d'assurance « individuelle accident »
- Photocopie d'une attestation d'assuré social ou photocopie de la carte vitale du jeune
- Une courte 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 « dispositif argent de poche ».
- En aucun cas, la rétribution versée pour la participation à l'activité « dispositif 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 des missions. Tous les participants sont tiers les uns par rapport aux autres.

AUTORISE MON FILS/MA FILLE :

Nom : _____ Prénom : _____

À participer à l'opération « Chantier éducatif » - Dispositif Argent de Poche

Fait à _____ le / / / / / / / / / /

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le Mineur autorise

L'équipe encadrante à prendre des photos et des vidéos lors des missions pour la communication (cocher pour valider)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Site internet de la commune | <input type="checkbox"/> Supports pédagogiques Argent de Poche |
| <input type="checkbox"/> Facebook de la commune | <input type="checkbox"/> Presse locale |
| <input type="checkbox"/> Terre et Mer | |
| <input type="checkbox"/> La diffusion de mon Nom et Prénom dans le cadre de la communication | |



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du mineur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

1 – Vaccination

Vaccinations Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				R.O.R	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres : préciser	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Suit-il un traitement médical pendant le dispositif ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

2 – Renseignements concernant le mineur

Allergies :

Alimentaires oui non Précisez : _____

Médicamenteuses oui non Précisez : _____

Autres : oui non Précisez : _____

Le mineur présente-t'il un problème de santé ? oui non

Si oui, précisez : _____

3 – Recommandations utiles des parents

Le mineur porte-t-il ?

Des lunettes oui non Précisez : _____

Des lentilles oui non Précisez : _____
Des prothèses auditives oui non Précisez : _____
Autres : oui non Précisez : _____

4 – Responsables du mineur

Responsable n° 1 :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : /_/_/_/_/_/_/ Ville : _____

Tél : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Responsable n° 2 :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : /_/_/_/_/_/_/ Ville : _____

Tél : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Je soussigné(e) _____, responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A _____

Le /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Signature