



DOSSIER D'INSCRIPTION



Conditions d'éligibilité : Avoir entre 15 et 17 ans. Résider à Vitré.
Retrait automatique au 18 ème anniversaire.

JEUNE

Nom :
Prénom :
Sexe (cochez) : M F
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Adresse mail (obligatoire)
Tél portable du jeune.....

J'autorise :

- le responsable du dispositif « argent de poche », à transmettre au service qui m'accueillera dans le cadre des missions, la fiche sanitaire de liaison jointe et les antécédents médicaux me concernant.
- le service m'accueillant pour une mission « argent de poche » ; à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par mon état de santé et, à utiliser cette fiche sanitaire de liaison.

Date : Signature du jeune :

RESPONSABLE LÉGAL

Nom : Prénom :

Tél Portable

Adresse mail contact.....
Adresse (si différente de celle ci-dessus) :

C-Pièces à joindre :

- Photocopie d'une pièce d'identité du Jeune Justificatif de domicile
- Fiche sanitaire de liaison contrat d'engagement
- Attestation d'assurance responsabilité civile Autorisation parentale
- Si le /la jeune dispose d'un compte bancaire à son no : le relevé d'identité bancaire (R.I.B.).
- Si le /le jeune ne dispose pas d'un compte bancaire à son nom :
 - le RIB d'un compte du/de la/des responsable.s légal.e..aux
 - la copie du Livret de famille
 - l'attestation d'accord de versement signée de le/la jeune.

Dossier à remplir impérativement par les parents ou le tuteur légal à retourner complet au Service Jeunesse. En cas d'absence de pièces, le dossier ne pourra pas être pris en compte.

AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur* :
En qualité de responsable légal, après avoir pris connaissance des points suivants ainsi que du contrat auquel ma fille – mon fils* s'engage :

- ☞ La Ville de Vitré ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l'opération « Argent de poche ». En aucun cas la bourse 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 Ville de Vitré 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 chantiers. Tous les participants sont tiers, les uns par rapport aux autres.

Autorise mon enfant :

Prénom

NOM

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

Dans le cadre des chantiers « 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 chantiers effectués sur la commune et non à des fins commerciales.

- Autorise les prises de vue de mon enfant.
- Refuse les prises de vue de mon enfant.

J'autorise :

- le responsable du dispositif « argent de poche », à transmettre au service qui accueillera mon enfant dans le cadre des missions argent de poche, la fiche sanitaire de liaison jointe et les antécédents médicaux..

-le service accueillant mon enfant pour une mission « argent de poche » ; à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par son état de santé et, à utiliser cette fiche sanitaire de liaison en ce sens.

Fait à Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Service jeunesse
1, rue Saint Louis
35 500 Vitré
Jeunesse.Vitre@mairie-vitre.fr
06.37.68.84.83



CONTRAT D'ENGAGEMENT

Entre

La Ville de Vitré,

M/Mme (nom et prénom du jeune).....

Domicilié(e) à.....

Et

Le représentant légal M./Mme.....

il a été convenu ce qui suit :

Le dispositif « argent de poche » a lieu pendant les vacances scolaires, du lundi au vendredi, dans une plage horaire 9h-17h.

Les missions concernent l'entretien de la commune, le rangement, le nettoyage, le classement....

Mes droits :

- répondre à des demandes de mission(s) sur chaque période de vacances (sauf Noël).
- percevoir une indemnisation de 15 euros pour 3 h d'intervention.
- effectuer un maximum de 30 missions /an.

Mes devoirs :

- me présenter avec une tenue adaptée à la nature des chantiers/missions.
- ne pas utiliser mon téléphone lors du temps du chantier/de la mission.
- participer à la bonne réalisation des chantiers/des missions confiés.es.
- respecter les horaires de début et de fin de mission/chantier.
- appliquer et respecter les consignes données par l'encadrant(e).
- être respectueux, poli(e) avec les encadrants et autres personnes susceptibles d'être rencontrées sur le lieu de la mission/du chantier.
- prendre soin du matériel confié.

Toute mission de 3h, réalisée, entraîne le versement d'une indemnité équivalente à 15 euros.

En cas de non respect des consignes ci-dessus, le/la jeune sera exclu(e) du dispositif.

La Ville de Vitré
Christophe LE BIHAN
Adjoint délégué à la Jeunesse

le/la responsable légal(e)

Le/la jeune



Autorisation pour versement Bancaire

Je soussigné.e (nom et prénom du/de la jeune).....

certifie ne pas disposer de compte bancaire en mon nom propre.

Par cette attestation, je donne mon accord pour que mes rétributions au titre des « missions argent de poche » effectuées, soient virées sur le compte de :
(nom et prénom).....

⇒ Fournir un RIB

⇒ Fournir une copie du livret de famille

Fait à Vitré le

Signatures :

Règlement général sur la protection des données – RGPD

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la ville de Vitré, responsable du traitement. Ces données sont nécessaires pour l'organisation des actions "argent de poche" (échanges divers, planning, paiement, fiche sanitaire). La base légale est le contrat. Les données collectées sont communiquées aux agents des services Jeunesse, Finances et au service qui accueillera le jeune dans le cadre des missions. Ces données seront conservées pendant 10 ans puis détruites. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement. Le consentement pour le droit à l'image peut être retiré à tout moment. Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données, Centre de Gestion d'Ille-et-Vilaine, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35235 THORIGNE FOUILLARD CEDEX ou dpd@cdg35.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – LE JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT !

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ADOLESCENT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE** :

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, etc..

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (Facultatif)

***Je soussigné,, responsable,
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.***

Date :

Signature :