

**DOSSIER D'INSCRIPTION - Dispositif « ARGENT DE POCHE »**

Dossier à retourner au plus tard trois semaines avant la période de vacances concernée.  
Les inscriptions sont prises en compte par ordre d'arrivée, en fonction des postes disponibles.

Renseignements généraux

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐ masculin / ☐ féminin Date de naissance\* : ..... / ..... / .....

Adresse \*\*: .....  
33640 BEAUTIRAN

Photo  
d'identité

\* Le participant doit être âgé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans au moment du chantier.

\*\* Le participant doit résider dans la commune de Beautiran.

Téléphone mobile : .....

Adresse électronique : .....

Numéro de sécurité sociale du participant : .....

Numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence :

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable du père : .....

Téléphone travail de la mère : .....

Téléphone du médecin traitant : ..... Nom : .....

Situation (cochez une case)

☐ Lycéen(ne), précisez l'établissement : .....

☐ Étudiant(e), précisez l'établissement : .....

☐ Autre, précisez : .....

Pièces à joindre au dossier d'inscription

- ✓ Copie d'une pièce d'identité
- ✓ Copie d'attestation d'assuré social (carte Vitale)
- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ✓ Copie d'un justificatif de domicile
- ✓ Fiche sanitaire
- ✓ Autorisation parentale et droit à l'image
- ✓ Contrat de participation

Pour compléter votre dossier d'inscription, veuillez à remplir le calendrier ci-dessous (cochez une ou plusieurs cases)

**Vacances de février 2025**

Nom : .....

Prénom : .....

**Inscriptions à remettre au plus tard le 11 février 2025**

| Jour     | Date | Mois    | Matin | Après-midi |
|----------|------|---------|-------|------------|
| Lundi    | 24   | février |       |            |
| Mardi    | 25   | février |       |            |
| Mercredi | 26   | février |       |            |
| Jeudi    | 27   | février |       |            |
| Vendredi | 28   | février |       |            |
| Lundi    | 03   | mars    |       |            |
| Mardi    | 04   | mars    |       |            |
| Mercredi | 05   | mars    |       |            |
| Jeudi    | 06   | mars    |       |            |
| Vendredi | 07   | mars    |       |            |

Signature du participant précédée de la mention « Lu et approuvé »



## CONTRAT DE PARTICIPATION - Dispositif « ARGENT DE POCHE »

Ce contrat est un engagement de votre part mais également de la part de l'encadrant du dispositif à observer certaines règles dans l'exercice des tâches qui vous sont confiées.

**Lisez-le attentivement avant de le signer.**

### Concernant la ponctualité

- J'arrive à l'heure précise au point de rendez-vous. Toute personne arrivant après le démarrage du chantier ne sera pas autorisée à y participer.
- Je m'engage à participer aux chantiers sur la totalité du temps d'activité et de ce fait à ne pas quitter le lieu du chantier avant l'horaire prévu, y compris pendant le temps de pause.

### Concernant la périodicité de l'activité

- L'activité « Argent de Poche » se déroule pendant les vacances scolaires sur des demi-journées de trois heures. Je ne peux travailler qu'une seule demi-journée par jour.
- Par année civile, je peux participer au maximum à 20 demi-journées d'activités.

### Concernant la réalisation des missions

- J'accepte les missions qui me sont assignées en fonction des postes disponibles et de l'ordre des inscriptions, sans possibilité de choix de ma part.
- Une information concernant la sécurité au travail est dispensée à tous les participants avant le début des chantiers. Je m'engage à en appliquer les consignes pendant toute la durée des missions qui me sont confiées.
- Les travaux qui me sont confiés peuvent être salissants. De ce fait, il est de ma responsabilité de me présenter avec des vêtements adaptés à la nature des chantiers qui me sont confiés.
- Les travaux qui me sont confiés peuvent nécessiter l'utilisation d'équipements de protection individuelle, qui me sont fournis. Je m'engage à les employer dès que la situation l'exige et selon les consignes de mon encadrant.
- Étant indemnisé pour une tâche à laquelle je dois pouvoir me consacrer pleinement pendant toute la durée du chantier, l'usage des téléphones portables est strictement interdit durant les chantiers. En conséquence, les téléphones portables devront a minima être mis en mode silencieux.

**Concernant la qualité des tâches effectuées et le comportement pendant les missions**

- Je m'engage à réaliser correctement les travaux qui me sont confiés.
- Je respecte et j'applique les consignes qui me sont données par les encadrants.
- Je reste poli avec mon entourage, c'est-à-dire avec les encadrants, les résidents des habitations près desquelles je travaille mais également envers les autres participants aux missions.
- Durant mon travail, je ne gêne pas les résidents des habitations auprès desquelles j'interviens.
- Je prends soin du matériel qu'on me confie. Si nécessaire, je lave et range le matériel à l'issue du chantier. Je le remets à l'encadrant à la fin du chantier.

**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 mon comportement n'a pas été jugé satisfaisant par les encadrants.

**Indemnisation du chantier**

- Toute réalisation satisfaisante d'un chantier entraîne le versement d'une indemnité en espèces. Cette indemnité est fixée à 15 € par demi-journée (durée : 3 h).

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

Fait à ....., en deux exemplaires, le ..... / ...../.....

*Nom, prénom, et signature du participant précédée de la mention « Lu et approuvé »*

*Nom, prénom, et signature de l'adjoint(e) au maire ayant délégation précédée de la mention « Lu et approuvé »*



## AUTORISATION PARENTALE - Dispositif « ARGENT DE POCHE »

A remplir impérativement par les parents ou le tuteur légal.

En cas d'absence de cette autorisation, le dossier ne pourra pas être pris en compte.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur : .....  
représentant légal de : (Nom - Prénom) : .....  
l'autorise à participer à l'opération « Argent de poche »

J'atteste avoir pris connaissance des points suivants ainsi que du contrat auquel ma fille - mon fils s'engage :

- La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l'opération « Argent de poche ». L'indemnité 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. J'autorise également les responsables à prendre les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie durant la mission.
- La commune déclare avoir souscrit 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 missions. Tous les participants sont tiers, les uns par rapport aux autres.

J'atteste que mon enfant n'a aucune contre-indication physique, médicale à remplir les missions qui lui seront confiées.

Dans le cadre des missions « Argent de poche », des photos ou des reportages peuvent être réalisés. Ces supports sont susceptibles d'être utilisés par la commune de Beautiran pour faire connaître les missions effectuées sur la commune.

☐ J'autorise la Mairie de Beautiran à diffuser une photo de mon enfant sur les supports municipaux de communication (Beautiran Le Mag, site Internet de la commune, réseaux sociaux, brochures, publications municipales...).

☐ Je n'autorise pas la Mairie de Beautiran à diffuser la photographie de mon enfant  
*Ces photographies ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.*

*Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à l'opposition, en contactant la commune de Beautiran (contact@mairie-beautiran.fr)*

Fait à ..... le .....

Signature des parents ou du tuteur légal précédée de la mention « Lu et approuvé »





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

SI L'ENFANT 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'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT 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 ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

## OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....