

CHANTIER JEUNE
16 à 17 ANS
A Plombières-les-Bains

Fiche de candidature
ETE 2024

Mr / Mme (NOM) : PRENOM :

Date de naissance :/...../...../

Lieu de naissance :

Nationalité :
.....

Adresse Mail :@.....

Téléphone portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

COORDONNEES des PARENTS

Mr/Mme (NOM)..... PRENOM

Adresse

Code Postal : / / / / / / / / / / VILLE

Téléphone domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

Tel Professionnel : / / / / / / / / / / / / / / / /

Téléphone portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Je soussigné(e)

autorise mon fils ou ma fille à participer au dispositif

m'engage à prévenir la Mairie de Plombières-les-Bains (03 29 66 00 24) en cas de désistement de mon fils ou ma fille.

Date :

Signature d'un responsable légal :

- **Fiche sanitaire (à remplir et à signer),**
- **Attestation d'assurance responsabilité civile,**
- **Rémunération, le jeune fournira un RIB à son nom**
- **Lettre de motivation.**

RÉGLEMENTATION ET ENGAGEMENT DES JEUNES

Je soussigné (e)..... m'engage à réaliser 35 heures 00 de travaux répartis de la manière suivante :

- 12 demi-journées de travail pour réaliser des tâches liées à l'intérêt général.
- Je m'engage à les exécuter avec assiduité et respect des consignes de sécurité. Ces tâches seront attribuées en fonction du service et encadrées par des élus et/ou un agent de la collectivité

La commune s'engage à me verser **une bourse** d'une valeur **de 300 euros** par virement bancaire.

Toute absence dûment justifiée (certificat médical, indisponibilité majeure) pourra être récupérée si le service le permet.

Du lundi 05 août au jeudi 22 août de 8h30 à 11h30.

L'organisation se réserve tout droit de modification pour assurer un bon fonctionnement. Les participants sélectionnés en seront avertis par mail ou par téléphone au plus tard une semaine avant le démarrage du chantier.

Regroupement au service technique municipal aux horaires indiqués selon le choix prévu par l'organisation.

En cas d'absence non justifiée ou de retards répétés, l'organisation se réserve le droit de suspendre tout ou partie de la contrepartie financière prévue. L'exclusion sans indemnité est prévue en cas de manquement aux consignes de sécurité ou au non-respect élémentaire du groupe de travail (encadrants et autres participants).

Les inscriptions prises en compte seront dûment complétées et retournées à l'accueil de la Mairie avant le **vendredi 12 juillet 2024**. Tout document incomplet sera refusé.

Une réunion d'information avec les participants aura lieu **le jeudi 1^{er} août 2024** à 10h30 à la Mairie de Plombières-les-Bains. Les parents souhaitant se joindre à ce temps de présentation de l'action seront les bienvenus.

Signature du participant :

Précédée de : « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CHANTIER JEUNE

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE CHANTIER EN CAS D'INTERVENTION D'URGENCE. ELLE DISPENSE DU CARNET DE SANTÉ

NOM du MEDECIN TRAITANT et TELEPHONE :

.....

I - IDENTITE : NOM : _____

PRÉNOM : _____

II - VACCINATIONS : (*A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé*)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTI-COQUELUCHE

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ :

| | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| INJECTIONS DE SÉRUM | | |
| | | |
| | | |

Si votre enfant n'est pas vacciné, y-a-t-il une raison spécifique ? Et si oui laquelle ?

III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

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

I. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

II. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOMS :

ADRESSE (PENDANT LA PÉRIODE DU CHANTIER) :

TELEPHONE DOMICILE :

TELEPHONE BUREAU :

N° SS

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DE L'ACTION :

Cachet de L'Organisme (siège social)

ARRIVÉE

LE

DÉPART

LE