



## Dossier d'inscription

### Dispositif « Argent de poche »

#### Renseignement sur le/la participant(e)

---

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse:.....

Code postal : .....Commune : .....

☎ : .....☎ Portable : .....

Adresse mail : .....

Pointure pour les chaussures de sécurité : .....

#### Situation scolaire

---

Lycée, préciser l'établissement et la classe : .....

Autres à préciser.....

#### Parents/Responsable légal (e),

---

Nom et prénom du père : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : .....☎ Portable : .....

☎ Travail.....

Nom et prénom de la mère : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : .....☎ Portable : .....

☎ Travail.....

#### Pièces à joindre lors de l'inscription

- Acte d'engagement du/de la participant(e)
- Photocopie de la carte d'identité
- Attestation de responsabilité civile
- RIB du/de la participant(e)

## Autorisation parentale

---

Madame et/ou Monsieur :

.....  
en qualité de tuteur légal, déclare, après avoir pris connaissance des points suivants :

- La commune ne sera en aucun cas réputée employeur des jeunes participants à l'opération « Argent de poche ». En aucun cas le montant versé pour la participation à l'activité ne pourra avoir équivalence de salaire. Aucun bulletin de salaire ne sera établi.
- Les jeunes entrant dans le dispositif devront bénéficier d'une couverture sociale en leur nom ou sous couvert de leur tuteur. 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.
- Pour effectuer certaines missions, des déplacements peuvent être nécessaires, dans ce cas le tuteur utilisera un véhicule de service de la collectivité
- Autorise mon enfant ..... à participer au dispositif « Argent de poche » mis en place par la commune de Saint-Aubin des Châteaux.
- Droit à l'image :  s'oppose à la diffusion de tous supports visuels (photos, vidéos) où mon(mes) enfant(s) apparaisse(nt).

En cas de difficultés de santé particulières, merci de le préciser ci-dessous :

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

Fait à ....., le.....

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Les parents ou représentants (es), légaux

Le/la participant(e)

### Cadre réservé à l'administration

Service d'affectation : ..... Nom du tuteur/tutrice : .....

Dates des missions : .....

Je soussigné (e), Tuteur ou tutrice de

Certifie qu'il (elle) a réalisé la mission au sein du service .....

Date.....Signature.....