



ÉMERAINVILLE

DISPOSITIF ARGENT DE POCHE / ETE 2026

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ M

☐ F

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Mail : Tél portable :

☐ Collégien

☐ Etudiant(e)

☐ Lycéen(ne)

REPRESENTANT LEGAL 1

Qualité de ☐ Père

☐ Mère

Nom / Prénom :

Tel portable : Mail :

REPRESENTANT LEGAL 2

Qualité de ☐ Père

☐ Mère

Nom/Prénom :

Tel portable : Mail :

Période(s) souhaitée(s) (cocher votre ou vos choix) :

☐ du 29 juin au 3 juillet 2026

☐ du 13 juillet au 17 juillet 2026

☐ du 6 juillet au 10 juillet 2026

☐ du 20 juillet au 24 juillet 2026

PIECE OBLIGATOIRE A JOINDRE

- ❖ Photocopie d'une pièce d'identité (en cours de validité)
- ❖ RIB au nom et prénom du jeune
- ❖ Attestation CPAM
- ❖ Attestation d'assurance de responsabilité civile
- ❖ Autorisation parentale
- ❖ Fiche sanitaire

**CANDIDATURES A RENDRE AVANT LE 22 MAI 2026 EN MAIRIE AU SERVICE EMPLOI
OU PAR MAIL : tiguide.ndiaye@mairie-emerainville.fr**



ÉMERAINVILLE

DISPOSITIF ARGENT DE POCHE / ETE 2026

CONTRAT D'ENGAGEMENT

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 attentivement avant de le signer.**

Concernant la ponctualité

- ❖ J'arrive 5 minutes avant au point de rendez-vous.
- ❖ Toute personne arrivant après le démarrage du chantier ne sera pas acceptée 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

Le dispositif « argent de poche » se déroule pendant les vacances scolaires sur un temps de 3 h comprenant une pause d'un quart d'heure.

Concernant la réalisation de l'activité

- ❖ Les travaux qui me sont confiés peuvent être salissants. De ce fait, il est de ma responsabilité de me présenter avec des vêtements et des chaussures adaptés à la nature des chantiers qui me sont confiés.
- ❖ Etant indemnisé pour une tâche à laquelle je dois pouvoir me consacrer pleinement pendant toute la durée de l'activité, **l'usage des téléphones portables est interdit durant le chantier (travaux et pause)**. En conséquence, les téléphones devront, à minima, être coupés.

Concernant la qualité des tâches effectuées et le comportement pendant les chantiers

- ❖ Je m'engage à réaliser correctement les travaux qui me sont confiés.
- ❖ Je respecte et j'applique les consignes qui me sont données.
- ❖ Je reste poli et courtois avec les encadrants, les résidents des habitations près desquelles je travaille mais également envers les autres participants du chantier et tout public rencontré.
- ❖ Je prends soin du matériel qu'on me confie. Si nécessaire, je lave, désinfecte et range le matériel à l'issue du chantier.

Sanctions appliquées entraînées par le non-respect d'un des points énoncés ci-dessus :

- ❖ Exclusion temporaire ou définitive du dispositif « argent de poche »
- ❖ Non indemnisation de l'activité pour laquelle les consignes n'ont pas été respectées ou durant laquelle votre comportement n'a pas été jugé satisfaisant par les encadrants

Indemnisation du chantier

- ❖ Toute réalisation satisfaisante de l'activité entraîne le versement d'une indemnité. Cette indemnité est fixée à 75 € par chantier d'une durée de 15 heures elle sera versée par virement bancaire au nom du participant.

J'atteste avoir pris connaissance du présent contrat d'engagement et de la respecter sous peine d'application des sanctions qui y sont énoncées.

Fait en deux exemplaires, à Emerainville le 2026

Signature du participant

Signature du Représentant légal

Le Maire, **Christophe QUINION**

DISPOSITIF ARGENT DE POCHE / ETE 2026

AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur, en qualité de tuteur
légal, après avoir pris connaissance et j'accepte les points suivants :

1. La commune d'Emerainville n'est pas considérée comme employeur des jeunes participants au dispositif « Argent de poche ».
2. En aucun cas, l'indemnisation versée pour la participation au dispositif « Argent de poche » ne pourra avoir équivalent d'un salaire.
3. Les jeunes entrant dans le dispositif devront bénéficier d'une couverture sociale en leur nom ou sous couvert de leur représentant légal. Une preuve d'attestation d'assurance responsabilité civile sera demandée lors de l'inscription du jeune dans l'opération. A noter si le jeune se blesse lui-même, soit au cours de l'activité, soit au cours du trajet, les frais inhérents dommages corporels seront pris en compte par son propre régime de couverture sociale.
4. La commune d'Emerainville s'engage à souscrire un contrat d'assurance « responsabilité civile » liée à cette activité couvrant l'ensemble des dommages pouvant être occasionnées et accidents pouvant survenir à des tiers dans le cadre du déroulement des missions.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (nom/prénom)

Domicilié(e) au

Autorise :

1. Mon enfant mineur à participer au dispositif « Argent de poche » et confirme avoir pris connaissance des points précédemment exposés.
2. L'équipe encadrante à prendre des photos et vidéos lors des missions pour la communication (cocher pour valider)

☐ Site internet de la commune

☐ Support pédagogique Argent de poche

☐ Facebook de la commune

☐ Bulletin municipal communal

☐ Diffusion du nom et prénom dans le cadre de la communication

Signature du Représentant légal

précédée de la mention « Lu et approuvée »



DISPOSITIF ARGENT DE POCHE / ETE 2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) LE JEUNE

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

2) RESPONSABLE DU JEUNE

Nom / Prénom :

Adresse :

Tel portable : Mail :

3) MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom :

Adresse :

Tel :

4) VACCINATION ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical du médecin traitant.

Le jeune 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 pris par le jeune sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthmes : OUI ☐ NON ☐

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐

Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

6) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres) précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e)..... responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires selon l'état de santé de mon fils, de ma fille.

Signature du Représentant légal