

## DEMANDE DE PARTICIPATION

**A renvoyer avant le 26/05/25 – 12 h ;**

par mail à [infojeunes@grandbourg.fr](mailto:infojeunes@grandbourg.fr)

ou à déposer

Service Vie Educative et Jeunesse

Pôle Enfance Jeunesse

200 rue Charrière Basse

01340 MONTREVEL EN BRESSE

NOM	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Email du jeune	
Date de naissance	
Situation scolaire et/ou professionnelle actuelle	<input type="checkbox"/> Collégien.ne <input type="checkbox"/> Lycéen.ne <input type="checkbox"/> Apprenti.e  <input type="checkbox"/> Autres : précisez : .....

## CHANTIERS JEUNES 2025

<p>Projet envisagé avec l'argent de la bourse (40€/jour = 200€ pour le chantier)</p>	<p><input type="checkbox"/> BAFA <input type="checkbox"/> BNSSA <input type="checkbox"/> PERMIS DE CONDUIRE <input type="checkbox"/> COTISATION SPORT/CULTURE <input type="checkbox"/> BPJEPS <input type="checkbox"/> AUTRE : .....</p>
<p>Chantier souhaité</p>	<p>Semaine : 30/06 au 04/07 <input type="checkbox"/> Aménagement paysager du service vie éducative et jeunesse</p> <p>Semaine : 21/07 au 25/07 <input type="checkbox"/> Rénovation du sentier Mémoire de Pierre</p>

Taille de vêtement : .....

Pointure de chaussure : .....

### **MERCI DE JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION À VOTRE CANDIDATURE**

A la suite de l'analyse des candidatures, vous serez contacté par téléphone et mail, sans réponse de votre part sous 5 jours (date d'envoi du mail de confirmation), votre candidature sera annulée.

Informations : [infojeunes@grandbourg.fr](mailto:infojeunes@grandbourg.fr)

04.74.25.79.43

Rejoignez-nous :

 PIJ Montrevel en Bresse

 clubados\_montrevel

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, .....

Responsable légal.e du. de la jeune :

Nom..... Prénom.....

Autorise mon enfant à participer au *chantier jeune* suivant :

- Aménagement paysager de l'accueil de loisirs, à Montrevel-en-Bresse, du 30 juin au 4 juillet 2025 ;
- Rénovation du sentier Mémoire de Pierre, à Courmangoux, du 21 au 25 juillet 2025.

J'autorise l'animateur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins.

- J'autorise mon enfant à repartir seul(e) chez lui/elle
- Je souhaite que mon enfant soit systématiquement raccompagné(e)

### **Contacts du responsable légal**

Adresse mail :

Téléphone domicile :

Portable :

Lu et approuvé

Fait à.....le .../.../...

Signature

**Structure Information jeunesse**  
200 rue Charrière Basse  
01340 Montrevel en Bresse  
Tél : 04 74 25 79 43  
Courriel : [infojeunes@grandbourg.fr](mailto:infojeunes@grandbourg.fr)

**Chantier jeunes 2025**

**A propos de votre jeune :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

**Repas spéciaux :** Oui  Non

Si Oui précisez : sans viande  sans gluten  PAI ALIMENTAIRE  Précisez :

Sans lactose  autres (précisez)  .....

Nous ne pouvons commander que des repas sans viande, pour les autres régimes spécifiques et les Projets d'Accueil Individualisé (PAI, joindre le protocole au dossier) voir avec le directeur.

**A propos des responsables légaux :**

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/>
Lien de parenté		
Nom, Prénom		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
Adresse de facturation (si différente)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Email		
Profession		
Employeur		
N° téléphone travail		

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal



Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre enfant suit-il un traitement médical      Oui       Non

Si Oui, joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME</u> <u>ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre enfant est-il sujet aux allergies :

<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>PAI (joindre le</u> <u>protocole au</u> <u>dossier)</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>AUTRES CAUSES</u> .....
--	---	--	---	-------------------------------

Précisez 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 : .....

- Vos recommandations utiles : (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc... Merci de préciser) : .....

**Pièces à fournir :**

- Copie des vaccins.
- Copie de l'attestation d'assurance extra-scolaire ou de responsabilité civile.
- Copie de l'affiliation à la sécurité sociale dont dépend votre enfant.

Fait à

Le

Signature du. de la responsable légal.e