



PROJET COUP DE POUCE ETE Aide au financement d'un projet personnel

-- -- --

PROCEDURE CADRE

1. PRESENTATION

Ce dispositif permet de valoriser une implication **bénévole** du bénéficiaire dans une action d'utilité sociale dans une association à but caritatif du Territoire de Belfort. Contre un certain nombre de jours réalisés durant les 3 semaines que dure le projet, le jeune bénéficiera d'une **aide pour financer un projet personnel**, du type permis de conduire, formation BAFA, etc. ou **des loisirs** (vacances, etc.).

2. OBJECTIFS

Ce dispositif vise tout particulièrement à :

- favoriser l'implication citoyenne des jeunes dans la vie sociale de leur ville et dans l'amélioration de leur cadre de vie,
- développer une culture de projet et de la contrepartie,
- valoriser auprès des adultes le travail des jeunes,
- améliorer l'image et le comportement des jeunes,
- permettre d'instaurer un dialogue avec les jeunes et une (re)connaissance mutuelle.

3. BENEFICIARES

Le dispositif Coup de pouce s'adresse exclusivement aux jeunes domiciliés à Danjoutin, âgés de 13 à 18 ans* (*dans l'année de démarrage du projet).

Une priorité peut être accordée aux jeunes en difficulté face à l'insertion en milieu professionnel, en parcours de pré qualification ou qualification via les espaces jeunes et aux jeunes bénévoles d'associations.

4. MODALITES D'INSCRIPTION ET DE REALISATION

Suivant l'âge du bénéficiaire et le temps de bénévolat qu'il souhaite réaliser plusieurs financements sont possibles :

Age du jeune	½ journées	Financement		
17 ans et plus	3 semaines	400 €		
16 ans	3 semaines	200€		
13 à 15 ans	3 semaines	150 €		

Dès lors qu'un jeune remplit les conditions d'âge et de résidence mentionnées ci-dessus, et qu'il souhaite bénéficier du dispositif Coup de pouce Eté, il doit compléter ou faire compléter les documents ci-après :

- Le dossier d'inscription en annexe 1 complété et signé
- La fiche sanitaire en annexe 2 complétée et signée
- L'attestation d'assurance civile couvrant les risques périscolaires et extrascolaires
- RIB (si prélèvement)





- Le contrat d'engagement signé par le bénéficiaire et son(ses) responsable(s) légal (aux)

L'ensemble du dossier doit être transmis au service Jeunesse de la mairie de Danjoutin pour validation avant tout commencement des heures de bénévolat.

Une cotisation pour la participation au projet est demandée : elle fera l'objet de l'envoi d'un avis de somme à payer qui devra être réglé auprès du Trésor public selon les modalités suivantes :

Age du jeune	Montant de la cotisation			
17 ans et plus	20 €			
16 ans	10 €			
13 à 15 ans	10 €			

Un bon administratif sera délivré au bénéficiaire à la fin de la période : il devra être utilisé au plus tard le 31 décembre de l'année concernant le projet. Si le montant de la facture est inférieur au montant du bon administratif, il n'y aura pas de remboursement de la différence.

Le bénéficiaire aura déterminé le destinataire du bon administratif (école de conduite, magasin, etc.) en complétant la case prévue à cet effet dans l'annexe 1.

5. CONDITIONS D'EXECUTIONS

Le transport des bénéficiaires jusqu'à l'association d'accueil est à la charge de la Commune. Toute absence ou changement de planning devront être signalés au Service jeunesse dans les meilleurs délais.

Le bénéficiaire est placé sous la responsabilité de la structure d'accueil, durant le temps des heures de présence au sein de celle-ci, en dehors de ces heures il est sous la responsabilité de la commune. La commune restera en relation avec la structure d'accueil : en cas de dysfonctionnement constaté par la structure le projet en cours pourra être annulé ou suspendu.

En cas d'annulation du projet le bénéficiaire perdra le bénéfice des heures de bénévolat déjà effectuées.

6. PARTENAIRES

Associations caritatives: (liste non exhaustive)

- SPA
- Inservet
- Resto du cœur





PROJET COUP DE POUCE ETE Aide au financement d'un projet personnel

CONTRAT D'ENGAGEMENT DU BENEFICIAIRE

Je soussigné (e) <i>(Nom, prénom, date de nai</i> s	ssance)
Reconnait avoir pris connaissance des règle	es du dispositif et en accepte l'ensemble des modalités.
Fait à Danjoutin, le :	
Signature du bénéficiaire	Signature du/des responsable (s) légal (aux)





PROJET COUP DE POUCE ANNUEL Aide au financement d'un projet personnel						
Aide au financement à un projet personner						
ANNEXE 1						
	-ICHE D'IDENT	TITE DU	BENEFICIAIRE			
Nom:			Prénom :			
Date de naissance :	Sexe :	F□	М□			
Adresse :						
Tálánhana .		Mail :				
Téléphone :		IVIdII .				
	SITUATIO	N PERSO	ONNELLLE			
☐ Scolarisé ☐ En parcours de Préciser laquelle :	•	•	lifiant ou qualifiante"			
	OUET DEDGOA		NEEL CLANTE DATE ELLE CENTRE C			
NATURE DU PE	OJET PERSON	INEL BE	NEFICIANT DU FINACEMENT			
☐ Permis de conduire ☐ BAFA ☐ Matériel informatique ☐ Autre, préciser :						
•						
Nom de l'organisme destinataire	du bon admin	istratif	:			
FICHE D	O'IDENTITE DE	S RESPO	ONSABLES LEGAUX			
PARENT 1						
Lien avec le jeune						
(père, mère, etc.)						
NOM						
Prénom						
Adresse						
Code postal et Commune						
Tel portable						
N° allocataire						
Courriel obligatoire (Majuscule)						





	PARENT 2				
Lien avec le jeune					
(père, mère, etc.)					
NOM					
Prénom					
Adresse					
Code postal et Commune					
Tel portable					
N° allocataire					
Courriel obligatoire (Majuscule)					
Autorisations	OUI	NON			
Hospitalisation					
Médicaments					
Transport					
Fait à : Le : Signature responsable(s) légal (aux) :					
P	arent 1	Parent 2			
Signature du bénéficiaire :					
ACCORD DE LA COMMUNE					
☐ FAVORABLE	☐ DEFAVORABLE				
Date : Signatures					
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	L'adjoint au Maire				





PROJET COUP DE POUCE ANNUEL								
		Aide a	u fi	nancement d'ui	n pro	jet personnel		
				ANNEXE	2			
				Fiche SANIT	AIRE			
				I E NAINIEI				
No.				LE MINEU				
Nom:						nom :		
Date de naissa	nce	2:		Sexe: F□	M			
Tel Parent 1:	,	,			le	el Parent 2 :		
Autre personn	e à	prévenir :						
				VACCINATI	ONS			
Fournir les co	pie	s des pages de vac	cin	ations du carne	t de	santé sans omet	tre c	le mentionner le nom
				orénom du mine				
		RENSEIGNEM	EN ⁻	TS MEDICAUX C	ONC	ERNANTS LE MII	NEUF	?
Nom du méde	cin	<u>traitant</u> :			-	<u>Téléphone</u> :		
L'anfant présa	nto	t il dos troubles s	40.0	antá 2				
L'emant prese	nie	-t-il des troubles o	ie s	Allergies	:			
Alimentaires :				oui 🗆		n 🗆 n n	écise	er à quoi :
Médicamente	use	s :				•		er à quoi :
Autres :				oui 🗆	non □ préciser à quoi :		·	
				Maladies chro	niqu	<u>es</u> :		
Diabète :				oui 🗆	non □ préciser à quoi :		er à quoi :	
Epilepsie :				oui 🗆	no	on 🗆		
Autres :				oui 🗆	no	on 🗆 pı	écise	er:
Maladies contagieuses (déjà contractées):								
ANGINE		COQUELUCHE		OREILLONS		OTITE		Rhumatisme articulaire aigu
ROUGEOLE		RUBEOLE		SCARLATINE		VARICELLE		
ROUGEULE		KUDEULE		SCARLATINE		VARICELLE		
							1	

J'autorise les animateurs à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à: Le:

Signature responsable(s) légal (aux)