

TYPES D'EXPÉRIENCE :

Statut (moniteur, aide-moniteur, ...)	Organisme	Lieux	Dates	Nombre de jeunes

Remarque :

Pratiquez-vous un sport ? Avez-vous une passion, un talent, un loisir, un hobby que vous pourriez partager avec les enfants ?

.....

.....

.....

PRESTATIONS : (cochez votre / vos choix ☒) ☐ Ceux-ci seront respectés dans la mesure du possible.

En qualité de : ☐ Chef de plaine ☐ Moniteur responsable ☐ Moniteur breveté
☐ Moniteur non breveté ☐ Aide-moniteur ☐ Stagiaire ☐ Chauffeur/logisticien

Est disponible pour travailler durant les périodes de :

- * Détente : ☐ Du lundi 16 au 20 février
- * Printemps : ☐ Du lundi 27 au 30 avril (semaine de 4 jours, fermé le vendredi 1^{er} mai)
- * Été : ☐ Semaine 1 : du lundi 13 au vendredi 17 juillet
☐ Semaine 2 : du lundi 20 au vendredi 24 juillet (Semaine de 4 jours, fermé le mardi 21/07)
☐ Semaine 3 : du mardi 28 au 31 juillet (Semaine de 4 jours, fermé le lundi 27/07)
☐ Semaine 4 : du lundi 3 au vendredi 7 août
- * Automne : ☐ Du lundi 19 au vendredi 23 octobre
- * Hiver : ☐ Du lundi 21 au jeudi 24 décembre (Semaine de 4 jours, fermé le vendredi 25/12)

Combien de semaines souhaitez-tu travailler au maximum ?

Préfère s'occuper d'enfants de : ☐ 2,5ans-3 ans ☐ 4-5 ans ☐ 6-7 ans ☐ 8-9 ans ☐ 10-12ans

Fait à

Le/...../.....

Signature du candidat :

"Les informations personnelles recueillies dans le cadre de ce document font l'objet d'un traitement informatisé, destiné à assurer le traitement de votre demande et constituer le dossier administratif.

Elles seront conservées aussi longtemps que nécessaire, sauf si vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions reprises au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ou si une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une disposition légale ou réglementaire.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. " Pour plus d'informations, visitez le site

FICHE SANTÉ

Prénom et Nom :

Date de naissance : Registre national :

Adresse :

Genre : ☐ Femme ☐ Homme

Groupe sanguin :

Poids : Kg

Nom + numéro de téléphone du médecin
traitant :

Personne de contact en cas d'urgence (Nom + GSM) :

Avez-vous un problème de santé ou handicap ? ☐ OUI - ☐ NON

Si oui, êtes-vous atteint de :

☐ Diabète

☐ Epilepsie

☐ Asthme

☐ Autre :

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ? À quels doses et moments ?

.....

Souffrez-vous d'allergie alimentaire, médicamenteuse ou autre ? Si oui, à quoi ?

.....

Etes-vous vacciné contre le tétanos ? ☐ OUI - ☐ NON / Si oui, à quelle
date ?

Avez-vous des problèmes de vue ? ☐ OUI - ☐ NON

Si oui, Portez-vous des lunettes/lentilles de contact ? ☐ OUI - ☐ NON

Avez-vous des problèmes d'ouïe ? ☐ OUI - ☐ NON

Si oui, portez-vous un appareil auditif ? ☐ OUI - ☐ NON

Avez-vous d'autres difficultés sensorielles ? Si oui,
lesquelles?

Autres informations importantes :

Fait à

Le/...../.....

Signature du candidat :