



Mairie de Lempdes

Direction Enfance Jeunesse Sport

CANDIDATURE COUP D'POUCE 2026

Le dossier dûment rempli et l'ensemble des pièces demandées doivent être retournés par mail à enfancejeunesse@mairie-lempdes.fr ou déposés à l'accueil du Service Enfance Jeunesse 1 rue Saint VERNY à Lempdes, aux horaires d'ouverture et au plus tard le **05 mai 2026 (Attention nos locaux ont déménagé)**. **Tout dossier déposé après cette date ne pourra être étudié.**

Les horaires d'ouverture du Service sont :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
10h00-13h00 13h45-17h00	8h45-13h00 13h45-17h00	8h45-13h00 13h45-16h45	8h45-13h00 13h45-17h00	8h45-13h00 13h45-16h00

Nous vous informons également que les candidatures retenues feront l'objet d'un entretien individuel le **mercredi 03 Juin 2026 de 13h30 à 18h30** et le **vendredi 05 Juin de 16h00 à 18h30** au sein de l'**Espace Jeunes** situé au COSEC à Lempdes, 02 rue Antoine de Saint Exupéry. Une convocation vous sera envoyée vous indiquant l'heure de passage. L'entretien se déroulera sur un temps de 15 minutes et consistera à prendre connaissance des motivations du candidat et à échanger sur les modalités de fonctionnement des services proposés par le Service Jeunesse.

INFORMATIONS GENERALES DU CANDIDAT	
NOM	
PRENOM(S)	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MAIL	
SEXE	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
INFORMATIONS GENERALES DU RESPONSABLE LEGAL	
NOM – PRENOM RESPONSABLE LEGAL 1	
TELEPHONE	
NOM – PRENOM RESPONSABLE LEGAL 2	
TELEPHONE	
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si différent responsable légal)	
TELEPHONE	

INFORMATION MEDICALE (Facultative)	
NOM DU MEDECIN DE FAMILLE	
TELEPHONE DU MEDECIN DE FAMILLE	
ADRESSE DU MEDECIN DE FAMILLE	
Le candidat suit-il un traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, lequel ?	
Allergies - Asthme (Confirmées ou certifiées par votre médecin traitant ou allergologue) :	
Observations particulières (maladies chroniques / port de lunettes) :	

SCOLARITE	
Niveau d'études obtenu en fin d'année scolaire 2024-2025	

EMPLOI			
Avez-vous déjà bénéficié d'un emploi salarié au sein de la ville ou du CCAS de Lempdes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Merci d'indiquer vos disponibilités sur la période du 29 Juin au 21 août 2026 :			
<input type="checkbox"/> Du 29 Juin au 03 Juillet	<input type="checkbox"/> Du 06 au 10 Juillet	<input type="checkbox"/> Du 13 au 17 Juillet	<input type="checkbox"/> Du 20 au 24 Juillet
<input type="checkbox"/> Du 27 au 31 Juillet	<input type="checkbox"/> Du 17 au 21 Août		
Veuillez indiquer par ordre de préférence (1, 2, 3) les postes que vous souhaiteriez occuper :			
Agent administratif :	1	2	3
Agent d'animation :	1	2	3
Agent technique :	1	2	3
Accepteriez-vous de travailler auprès de personnes âgées ?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

PIECES A JOINDRE

CV (*un texte d'introduction comprenant une présentation du candidat et ses motivations à postuler (obligatoire). Cours scolaire, stages réalisés, loisirs, ainsi que les outils informatiques et bureautiques utilisés.*)

Copie de la carte d'identité recto/verso

Copie de l'attestation d'assuré(e) social(e), à défaut copie de la carte vitale avec le numéro d'assuré(e) bien lisible du candidat

RIB (**attention le RIB doit impérativement être au nom du candidat, le cas échéant fournir l'attestation jointe au dossier complétée et signée avec vos informations personnelles + RIB du représentant légal indiqué sur l'attestation**)

Autorisation parentale jointe au dossier

Justificatif de domicile daté de moins de 3 mois

Attestation de reconnaissance de handicap le cas échéant (si votre candidature est retenue, sachez que ce document demeure confidentiel.)

NB : En cas de handicap, indiquez si un aménagement est nécessaire, cet élément nous permettra de vous affecter sur l'un poste adapté.

Je soussigné (e), Madame, Monsieur :

Responsable légal (e) du candidat, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

AUTORISATION PARENTALE - ATELIER COUP D'POUCE

Je soussigné (e), Madame, Monsieur :

Domicilié(e) :

Autorise, mon fils, ma fille :

- À participer à l'atelier Coup d'Pouce » organisé par la ville de Lempdes.
- Autorise les personnes responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
- Autorise la collectivité à filmer, enregistrer ou photographier mon (mes) enfant (s) dans le cadre du dispositif Coup D'Pouce et pour les modes d'exploitation dans le cadre de la réalisation de futures publications de communication interne et externe liées au dispositif.

Fait à Lempdes le

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

ATTESTATION RIB – ATELIER COUP D’POUCE

A recopier et compléter en entier avec vos informations personnelles

[NOM RESPONSABLE LEGAL]

[PRENOM RESPONSABLE LEGAL]

[ADRESSE RESPONSABLE LEGAL]

OBJET : atelier Coup d’Pouce 2025

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) **[prénom et nom du candidat]**, habitant au **[adresse du candidat]** et employé(e) sur Lempdes dans le cadre des ateliers Coup d’Pouce 2025, souhaiterait que ma rémunération soit versée sur le compte bancaire de mon représentant légal Madame ou Monsieur **[prénom et nom]**.

Ainsi, je vous donne par la présente l'autorisation de procéder au virement de ma rémunération sur le compte indiqué ci-dessous.

[Précisez ici les coordonnées du nouveau compte bancaire : code IBAN etc...]

Vous trouverez également, jointe à cette lettre, une copie du RIB.

Vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes respectueuses salutations.

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

SIGNATURE DU CANDIDAT

