

MA DÉCLARATION DE CANDIDATURE

Je dépose ma candidature au Conseil Municipal des Jeunes d'Orée-d'Anjou.

NOM :

Téléphone :

Prénom :

Mail :

Date de naissance :

Ecole / Collège :

Adresse :

Classe :

.....

TES MOTIVATIONS

• Peux-tu te présenter en quelques mots ? (loisirs, passions, etc.)

.....

.....

.....

.....

• Pourquoi veux-tu faire partie du Conseil Municipal des Jeunes d'Orée-d'Anjou ?

Quelles sont les idées que tu souhaites proposer pour ta commune ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.

Le dossier de candidature est à renvoyer complété, **entre le 6 juillet et le 30 septembre**, à l'adresse **cmj@oreedanjou.fr**

2.

Les dossiers seront sélectionnés fin septembre, les candidats retenus seront contactés par la coordinatrice CMJ.

3.

L'installation du Conseil Municipal des Jeunes aura lieu en novembre.

AUTORISATIONS PARENTALES

de transport, de soins et de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

.....

Portable :

.....

Mail :

.....

Père / Mère / Tuteur

Responsable légal de l'enfant :

- ☐ Autorise mon enfant à être candidat au Conseil Municipal des Jeunes d'Orée-d'Anjou pour le mandat 2026-2028.

Si la candidature de mon enfant est retenue, j'ai bien noté que :

- ☐ Le rôle de conseiller implique le respect des obligations liées à cette fonction.
- ☐ Je m'engage à conduire mon enfant aux réunions et je l'autorise à participer à toutes les actions du CMJ pendant la durée du mandat.

Autorisation de transport

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

les élus et animateurs référents à transporter dans tout véhicule mon enfant, dans le cadre des déplacements en lien avec l'activité du CMJ. Je reconnais être informé(e) des risques liés au transport routier.

Suite au verso

Autorisation de soin

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

les animateurs référents, s'ils n'ont pas pu me contacter, à prendre toutes les décisions nécessaires en cas de maladie(s), de blessure(s) ou d'accidents survenus pendant l'activité (réunion, visite, transport) du CMJ. Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable y compris l'hospitalisation de mon enfant.

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Nom et prénom :
Qualité :
Téléphone :
2. Nom et prénom :
Qualité :
Téléphone :
3. Nom et prénom :
Qualité :
Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Téléphone :

Informations médicales à
communiquer (allergies, traitements,
antécédents, etc.) :

Droit à l'image

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

le service communication de la commune, à réaliser des prises de vue de mon enfant. Ces images pourront être diffusées sur les différents supports de communication de la collectivité (bulletin municipal, site internet, page Facebook).

Ces photographies pourront illustrer les articles dans les médias cités sans qu'aucune rémunération ne me soit versée. L'image de mon enfant doit être reproduite sans modification qui pourrait altérer sa réputation. La présente autorisation est consentie à titre gracieux pour la durée du mandat à compter de la date de signature.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé» :