



NOM : .....  
PRÉNOMS : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

Age : .....ans (**17 ans révolus**)

**N° SECURITE SOCIALE PERSONNEL** : .....

(Ce Numéro personnel nous est indispensable pour les Salaires et Déclarations concernant votre Emploi Saisonnier. En cas de premier emploi, si vous n'avez pas de numéro personnel, vous pouvez dès à présent demander une attestation à la CPAM qui gère actuellement vos remboursements de frais de santé).

ADRESSE:.....

VILLE:.....CODE POSTAL:.....

N° TÉLÉPHONE:.....

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE:.....

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE:.....

FORMATION EN COURS:.....

DIPLÔME(s) OBTENU(s):.....

POUR POSTE SURVEILLANCE DE BAINNADE PLAN D'EAU : **diplôme BNSSA obligatoire** obtenu le : .....

**MOIS DE TRAVAIL SOUHAITÉ**

**JUILLET** du.....au.....

**AOÛT** du.....au.....

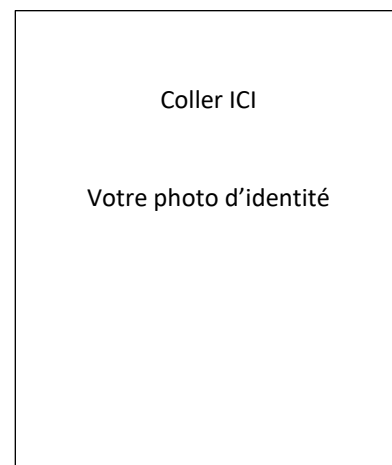
Indiquer si possibilité de travailler pendant les week-ends de :

**MAI** : OUI NON

**JUIN** : OUI NON

**SEPTEMBRE** : OUI NON

Entourer les réponses  
souhaitées



**POSTE DE TRAVAIL SOUHAITÉ :** indiquez par oui ou par non vos préférences

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ➤ SURVEILLANCE BAINNADE (diplôme BNSSA obligatoire) : | OUI | NON |
| ➤ ENTRETIEN PLAGE/SANITAIRES :                        | OUI | NON |
| ➤ ACCUEIL PÉDALOS :                                   | OUI | NON |
| ➤ ENTRETIEN SANITAIRES CAMPING :                      | OUI | NON |
| ➤ ANIMATION ENFANTS :                                 | OUI | NON |
| ➤ SANS PRÉFÉRENCE :                                   | OUI | NON |

Entourer les réponses choisies

Précisez si vous effectuerez une demande d'emploi auprès d'autre(s) organisme(s) ou entreprise(s) :

OUI  cochez la réponse NON

A Tuffé Val de la Chéronne, le : .....

**Pour les mineurs, signature(s) de ou des parent(s) ou tuteur(s) :**

**SIGNATURE de l'intéressé(e) :**

Merci de bien vouloir vérifier toutes les rubriques de cette fiche avant tout dépôt en mairie.

AVIS DE LA COMMISSION TOURISME : .....

.....

.....

.....