



Dossier d'inscription : n°.....

Date : ...../...../.....

Renouvellement : Oui  Non 

## FICHE DE LIAISON CONTRAT PARTENAIRES JEUNES Année 2018/2019

### LE JEUNE

Nom :

Prénom :

Sexe : Garçon  Fille 

Date de naissance :

☎ Portable :

@ Adresse mail :

Etablissement scolaire :

Classe :

J'autorise le service communication à m'envoyer des emails sur les actualités et les événements à Elbeuf-sur-Seine :

OUI NON 

### LES PARENTS / LES TUTEURS LEGAUX

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Personnel :

☎ Portable :

@ Adresse mail :

Situation familiale : Célibataire  Vie maritale  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve) 

Nombre d'enfant(s) à charge :

Profession et lieu de travail du père :

☎ :

Profession et lieu de travail de la mère :

☎ :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF :

### DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche de liaison, je m'engage à participer aux contreparties, réunions, sorties, manifestations municipales... et autorise la ville à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de besoins (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale).



## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise le photographe de la mairie de Elbeuf-sur-Seine à me prendre en photo pour le « Elbeuf Mag » (couverture du magazine et pages intérieures) et les différentes publications municipales (guide, site Internet, affiches...).

Je reconnais être entièrement informé(e) de mes droits et ne pourrais prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

OUI

NON

Cette photographie ne sera accompagnée d'aucune information susceptible de vous rendre identifiable, votre nom ne sera pas mentionné.

Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ne porteront pas atteinte à votre réputation et à votre vie privée.

Ces utilisations, plus généralement, ne sont pas de nature à nuire ou à causer un quelconque préjudice.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :



Suivez-vous un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom du jeune avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

**Merci de joindre impérativement la photocopie des vaccinations**

**Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Bronchiolites ou Bronchites Asthmatiformes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						

**Avez-vous une allergie médicamenteuse ?** OUI  NON  Si oui précisez

**Faites-vous des crises d'asthme ?** OUI  NON

**Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?** OUI  NON  Si oui précisez

**Avez-vous une allergie alimentaire ?** OUI  NON  Si oui précisez

**Autres ?** OUI  NON  Si oui précisez

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates : maladies, accidents, crises convulsives, opérations...Précisez les dates et les précautions à prendre :



## INFORMATIONS PARTICULIERES

--

## ACTIVITE DU JEUNE

Nom de l'activité :	Lieu
Nom de l'association ou service municipal :	Nom de l'entraîneur ou du professeur :
Jour(s) et horaires de l'entraînement ou de la pratique :	
Coût : Inscription, adhésion : ..... €	Equipement : ..... €

## CONTREPARTIES

<b><u>Contreparties proposées</u></b>
<b>Action solidaire : consacrer du temps à l'autre</b>
- Collecte Banque Alimentaire et/ou Restos du Cœur - Participation à la distribution des colis séniors - Soutien aux sorties d'enfants en situation de handicap - Encadrement de sorties
<b>Action sportive et culturelle</b>
- Aide logistique aux associations dans l'organisation de manifestation (mise sous plis, expo...)
<b>Prévention et santé</b>
- Parcours du cœur : participation au ravitaillement des participants, ... - Octobre Rose : aide logistique, ...
<b>Nature et développement durable</b>
- Participation au repotage des plants, ...

Cette liste n'est pas exhaustive, vos propositions en termes de contreparties susceptibles de produire un impact sur la vie locale nous intéressent !

**Quel type d'action souhaiteriez-vous effectuer ?**

.....  
.....



**Pourquoi ?**

.....  
.....


**Quelles sont vos disponibilités** (avec précision : jours et heures de la semaine et/ou vacances scolaires)

.....  
.....

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du jeune :



**DOCUMENTS A FOURNIR :**

- Justificatifs des prestations de la caisse d'Allocations Familiales (mois de référence : janvier 2018)
- Devis de la pratique de l'activité sportive ou culturelle
- devis des frais liés à la pratique

**Dossier à retourner complet impérativement avant le**

**8 OCTOBRE 2018**

**17 heures**

**à la Direction de l'Education et de la Réussite Educative**