



Une aide pour faire du sport, de la musique, de la danse ou toute autre activité de loisirs.

Dossier d'inscription : n°.....
 Date :/...../.....
 Renouvellement : Oui Non

FICHE DE LIAISON CONTRAT PARTENAIRES JEUNES Année 2018/2019

L'ENFANT, LE JEUNE

Nom :	Prénom :
Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
Portable :	@ Adresse mail :
Etablissement scolaire :	Classe :

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

LES PARENTS / LES TUTEURS LEGAUX

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Personnel :	Portable :
@ Adresse mail :	
Situation familiale : Célibataire <input type="radio"/> Vie maritale <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/>	
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) _____ père, mère, tuteur de l'enfant
 _____ déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur
 cette fiche de liaison, et autorise mon enfant 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 d'Elbeuf-sur-Seine à prendre mon enfant en photos pour le « Elbeuf Mag » (couverture du magazine et pages intérieures) et les différentes publications municipales (guide, site Internet, affiches...). Nous reconnaissons être entièrement informé(e) de nos droits et ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

OUI

NON

Cette photographie ne sera accompagnée d'aucune information susceptible de rendre identifiable votre enfant et votre famille, le nom ne sera pas mentionné.

Les légendes accompagnant la (ou les) photographie (s) ne porteront pas atteinte à la réputation de votre enfant ni à sa 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 :

 :

Votre enfant suit-il 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 de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Merci de joindre impérativement la photocopie des vaccinations de l'enfant

Votre enfant a-t-il 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"/>						

Votre enfant a-t-il une allergie médicamenteuse ? OUI NON Si oui précisez

Votre enfant fait-il des crises d'asthme ? OUI NON

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON Si oui précisez

Votre enfant a-t-il 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 :



RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Exemple de contreparties proposées

Action solidaire : consacrer du temps à l'autre

- Participation au Noël des séniors
- Accompagner les promenades des personnes âgées, des enfants en situation de handicap
- Participer à la distribution des colis aux séniors
- Réalisation de décorations de Noël
- Banque alimentaire, Restos du cœur, ...

Action sportive et culturelle

- Aide logistique aux associations dans l'organisation de manifestation (mise sous plis, expo, ...)

Prévention et santé

- Parcours du cœur : participation au ravitaillement des participants, ...
- Octobre Rose, Prévention SIDA : fabrication de rubans, ...

Nature et développement durable

- 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 !

Dans quel type d'action souhaitez-vous inscrire votre enfant ?

.....
.....



Pourquoi ?

.....
.....

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

.....
.....

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, le jeune lors des contreparties et des manifestations municipales :

Fait à : _____

Le : _____

Signature du responsable légal :



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