

# DOSSIER CONTRAT PARTENAIRES JEUNES

Dossier d'inscription : n°.....

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

Renouvellement : Oui  Non

2020-2021

Nom :

Prénom :

Sexe : Garçon  Fille

Date de naissance :

☎ :

@ :

Etablissement scolaire :

Classe :

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

OUI

NON

## LES PARENTS / LES TUTEURS LEGAUX

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Personnel :

☎ Portable :

@ :

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

### Contreparties proposées

**Action solidaire : consacrer du temps à l'autre**

**- Exemple de contreparties proposées :**

**Action solidaire : consacrer du temps à l'autre**

- Accompagner les promenades des personnes âgées, des enfants en situation de handicap
- Aide 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, ...

**Nature et développement durable**

- Opération « Nettoyons la nature »
- 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 :

\_\_\_\_\_

Le Maire d'Elbeuf sur seine sis Place Aristide Briand a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement des Contrats Partenaire Jeunes

Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.

Les données ne sont destinées qu'à la Mairie d'Elbeuf sur Seine et ne sont transmises à aucun tiers Elles sont conservées pour une durée d'un an. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter [mesdonnees@mairie-elbeuf.fr](mailto:mesdonnees@mairie-elbeuf.fr) ou par voie postale : Mairie – DPO- Place Aristide Briand- 76500 ELBEUF SUR SEINE. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

#### DOCUMENTS A FOURNIR :

- Justificatifs des prestations de la caisse d'Allocations Familiales (mois de référence : janvier 2019)
- Devis de la pratique de l'activité sportive ou culturelle
- devis des frais liés à la pratique

**Dossier à retourner complet impérativement avant le**

**09 OCTOBRE 2020**

**17 heures**

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

Direction de l'Education et de la Réussite Éducative

☎ : 02.32.96.50.40 @ : [education@mairie-elbeuf.fr](mailto:education@mairie-elbeuf.fr)