



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 évènements 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) _____ 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

- 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, ...

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 !

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 :

.....

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 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