



Fait à : _____

Signature du jeune :

Le : _____

Signature du représentant légal :

CONTRAT PARTENAIRES JEUNES

Année 2024 – 2025

moins de 18 ans

Le maire d'Elbeuf sur Seine a désigné l'ADICO, situé 2 rue Jean Monnet à Beauvais (60000), 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 À FOURNIR :

- Justificatif des prestations de la Caisse d'Allocations Familiales (mois de référence : janvier 2023)
- Devis de la pratique de l'activité sportive ou culturelle
- Devis des frais liés à la pratique

Dossier à retourner complet impérativement avant le 11 octobre 2024

à la direction de la Réussite éducative,
de la Jeunesse et des Sports

Tél. 02 32 96 50 40 Mail : education@mairie-elbeuf.fr

Nom : Prénom :

Sexe : Garçon Fille Date de naissance :/...../.....

📧 : Adresse mail :

Établissement 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 LÉGAUX

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 :

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

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).

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



AUTORISATION DE DROIT À 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, etc.).

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 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 MÉDICAUX

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 NON

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 PARTICULIÈRES



.....
.....
.....
.....
.....
.....

ACTIVITÉ 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 : € Équipement : €

CONTREPARTIES

Contreparties proposées

Action solidaire : consacrer du temps à l'autre

- Participer à un temps d'échanges avec les seniors...
- Réalisation de décorations de Noël



Nature et développement durable

- Opération « Nettoyons la nature »
- Participation au repotage des plantes...

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) ?

.....
.....
.....
.....