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.

Dossier à retourner complet impérativement avant le

10 octobre 2025

à la Direction de la Réussite éducative,
de la jeunesse et des sports

Place Aristide Briand, Elbeuf sur Seine

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

CONTRAT PARTENAIRES JEUNES

de 6 à 19 ans

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

Elbeuf SUR-SEINE

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 pourrons 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 (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine, marquées 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 ☐	NON ☐	Varicelle	OUI ☐	NON ☐	Angine	OUI ☐	NON ☐
Scarlatine	OUI ☐	NON ☐	Coqueluche	OUI ☐	NON ☐	Rougeole	OUI ☐	NON ☐
Oreillons	OUI ☐	NON ☐	Otite	OUI ☐	NON ☐			

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 :

……
……
……

CONTREPARTIES (le mercredi après-midi) *

Contreparties proposées (cochez la case)

☐ **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 rempotage 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 !

ACTIVITÉ DU JEUNE (à remplir par l'association)

Le dépôt d'un dossier complet ne garantit pas l'attribution automatique de la subvention ; les participations financières sont soumises à l'avis d'une commission qui se réunit en novembre (un devis par enfant).

À l'issue de la commission, si le dossier est validé, un bon de commande correspondant au montant alloué (120€ maximum) vous sera transmis par mail. Ce bon devra être utilisé sur la plateforme Chorus afin de permettre le versement de la subvention.

Nom de l'association : ……

Adresse : ……

Contact de l'association (mail et téléphone) : ……

Nom de l'entraîneur ou du professeur : ……

Jour(s) et horaires de l'entraînement ou de la pratique : ……

Coût (inscription, adhésion) : …… € Équipement : …… €

Cachet et signature de l'association
Merci de joindre un devis par enfant

DOCUMENTS À FOURNIR :

☐ Justificatif des prestations de la Caisse d'Allocations Familiales (mois de référence : janvier 2025)
☐ Devis de la pratique de l'activité sportive ou culturelle
☐ Devis des frais liés à la pratique *

Fait à : …… Signature du jeune :

Le : …… Signature du représentant légal :