

REGLEMENT MISSION JEUNESSE AÎNES ET CHARTE DE VIE

La Mission Jeunesse Aînés (MJA) est un service municipal dont la gestion a été déléguée par marché public à l'association Léo Lagrange Animation. Les services proposés par la MJA sont prioritairement destinés aux Beaucouzéens.nes.

CONFIDENTIALITÉ ET DONNÉES PERSONNELLES

Le dossier d'inscription a une durée de validité d'une année civile. Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement par l'équipe salariée de la MJA.

Les données collectées servent à l'élaboration de statistiques pour la commune de Beaucouzé et l'association Léo Lagrange Animation. Les destinataires de ces données sont l'Etat (préfecture, DRAJES, département, région), la CAF, la MSA et tous les organismes financeurs de la MJA. Les dossiers papiers sont conservés 1 an et les données informatisées sont mises à jour chaque année.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ou une limitation du traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à :
mja@beaucouze.fr

Le bâtiment est équipé d'un réseau WIFI4EU public (dispositif européen). Les données personnelles ne sont pas collectées, toutefois, les données de connexion (nom et adresse MAC de l'appareil) sont conservées pendant 1 an (en cas de réquisition judiciaire). L'utilisation du réseau WIFI4EU public est de l'entièvre responsabilité de l'utilisateur.

Les données sanitaires sont confidentielles et ne sont pas informatisées. Elles ne sont communiquées qu'aux services médicaux en cas de nécessité.

L'équipe d'animation est à l'écoute des différents projets de chacun. Elle est aussi là pour permettre la bonne application de la Charte de Vie.

En cas de non respect de la Charte de Vie, l'usager se verra dans l'obligation de quitter les lieux de façon temporaire ou définitive en fonction de la gravité des faits. La décision sera prise par l'équipe d'animation et les responsables légaux seront prévenus (pour les jeunes mineurs).

HORAIRES ET PÉRIODES D'OUVERTURES

La Mission Jeunesse Aînés est ouverte toute l'année sauf la première quinzaine d'août (congés d'été) et les jours fériés.

Ouverture au public : du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 – Fermeture au public le jeudi matin.

Ouverture ALSH : Le mercredi de 13h30 à 18h30, le vendredi de 17h00 à 19h00 et le samedi de 13h30 à 18h30 et les vacances scolaires de 10h à 12h30 et de 13h30 à 18h30 du lundi au vendredi.

La MJA propose des services et des activités sur le temps libre de 11 à 99 ans

CHARTE DE VIE COLLECTIVE :

En s'inscrivant à la MJA, l'usager.e et/ou le.a bénévole adhère, accepte et respecte le règlement suivant :

⇒ Le Domino est un lieu de convivialité, de loisirs, de détente et de création mais aussi de découverte et d'échange avec les autres.

⇒ A leur arrivée et leur départ, nous demandons aux usagers.ères de saluer l'équipe d'animation présente.

⇒ Il est possible que plusieurs activités aient lieux en même temps, aussi, les usagers.ères et bénévoles s'engagent à respecter les autres.

⇒ Il est possible de venir rencontrer des amis, participer à des animations ou encore d'utiliser le mobilier, les jeux et autres outils mis à disposition dans le respect du matériel, des locaux et des individus.

L'USAGER (MINEUR)

Je soussigné(e)....., déclare avoir pris connaissance du règlement de la MJA. J'atteste être en accord avec celui-ci.

SIGNATURE

SIGNATURE

Je soussigné(e)....., son représentant, légal déclare avoir pris connaissance du règlement de la MJA. J'atteste être en accord avec celui-ci et je m'engage à faire en sorte que le respecte. Je déclare que les informations portées dans ce dossier sont exactes.

SIGNATURE

MISSION JEUNESSE – AÎNÉS

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

USAGER DE L'ACCOMPAGNEMENT DE PROJET(S)

USAGER DE L'ACCOMPAGNEMENT P.P.A

USAGER DE L'ACCOMPAGNEMENT CITOYEN

USAGER DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES MUSICALES AMATEUR :

Nom du (des) groupe(s) :

COTISATION PAYEE LE :

USAGER ALSH

USAGER ANIMATION AÎNÉS

USAGER ANIMATIONS AUTRE

COTISATION 2026

USAGER RÉSIDENT À BEAUCOUZÉ : 10€

USAGER RÉSIDENT HORS BEAUCOUZÉ : 20€

La cotisation permet :

- ♦ D'accéder aux services de la Mission Jeunesse Aînés : accueils, accompagnement, accès au local de répétition musicale, animations, séjours, sorties (...).
- ♦ D'être couvert par l'assurance de l'association gestionnaire, soit l'établissement régional Léo Lagrange Ouest.
- ♦ Pour certaines activités, une participation complémentaire pourra être demandée. Le coût est précisé sur les programmes d'animations.

PROGRAMMES ET INSCRIPTIONS

Les programmes d'activités sont disponibles sur le site internet de la commune.

Les inscriptions et annulations sont possibles jusqu'à 48h avant l'activité.

La cotisation annuelle de la MJA est valable pour une année civile du 1er janvier au 31 décembre. Les règlements peuvent se faire en chèque (ordre Léo Lagrange Animation), espèces ou chèques vacances (nous ne rendons pas la monnaie sur les chèques vacances). Aucun remboursement ne sera possible, sauf présentation de justificatif d'absence.

Documents à fournir :

- ☒ Dossier dûment complété (un dossier incomplet sera refusé)
- ☒ Le règlement de la cotisation



Les informations sur fond rose sont facultatives pour les personnes majeures, et surtout OBLIGATOIRES pour les mineurs.

IDENTITE DE L'USAGER

NOM:	Adresse mail de l'usager :
PRENOM:	Tél Port de l'usager:
GENRE FEMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/>	Tél Port du représentant légal :
Date de Naissance:	ADRESSE MAIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL:
Adresse Postale:	N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA :
Statut :	
<input type="checkbox"/> Actifs <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Collégien.ne	<input type="checkbox"/> Lycéen.ne <input type="checkbox"/> Etudiant.e, Apprenti.e <input type="checkbox"/> CM2

MONTANT DU QUOTIENT FAMILIAL OU REVENU FISCAL DE RÉFÉRENCE N-1:

AUTORISATIONS

PRISES DE VUE ET LIBRE UTILISATION DE SON IMAGE :

J'autorise, sans contrepartie financière et sans limitation quant à la durée, la Mission Jeunesse Aînés à réaliser des photographies et/ou des enregistrements audiovisuels, où **je pourrais / mon enfant pourrait** apparaître.

OUI NON

J'autorise la Mission Jeunesse Aînés à reproduire et diffuser ces photographies et/ou enregistrements pour illustrer une communication au public sur Internet et sur tout autre support.

OUI NON

TRANSPORT

J'autorise l'équipe encadrante à **me transporter/ transporter mon enfant** dans un véhicule collectif ou dans un véhicule personnel pour les sorties organisées en extérieur sous réserve du respect de la réglementation en matière de transport.

OUI NON

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

DÉPART DE LA STRUCTURE

J'autorise mon enfant à quitter la structure **lorsqu'il le souhaite**:

- ⇒ Pendant les heures d'ouverture de l'ALSH
- ⇒ A la fin des activités organisées en soirée
- ⇒ A la fin des activités organisées en dehors de Beau-couzé

OUI NON *
 OUI NON *
 OUI NON *

*Si NON, merci de préciser:

FICHE SANITAIRE DE L'USAGER

Nom :	PRÉNOM :	ÂGE :
<input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		RHÉSUS <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> L'USAGER SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? * Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées du nom de l'usager avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.		
<input type="checkbox"/> INDIQUEZ CI- APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations...) En précisant les précautions à prendre		
<input type="checkbox"/> P.A.I (Projet d'accueil individualisé) en cours ? <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *Si oui, joindre le protocole et toutes informations		
<input type="checkbox"/> INDIQUEZ CI- APRÈS LES SPECIFICITÉS « AUTRES » CONCERNANT L'USAGER (Troubles, DYS,...) En précisant les précautions à prendre		
<input type="checkbox"/> L'USAGER A-T-IL DES ALLERGIES ? (préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication, le signaler) ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON AUTRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRÉCISIONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<input type="checkbox"/> VACCINATION OBLIGATOIRE : DT POLIO (se référer au carnet de santé ou aux certificat médicaux de l'enfant) Si l'enfant n'a pas de vaccins « obligatoire », joindre un certificat médical de contre-indication. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

MÉDECIN TRAITANT

NOM:

TEL:

COMMUNE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM:

TEL:

LIEN/ LIEN DE PARENTÉ/ ... :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER:

Je soussigné(e), déclare exacts, les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'usager (ère) ci-dessus nommé(e). Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. L'association décline toute responsabilités en cas de fausses déclarations ou d'informations demandées non déclarées.

SIGNATURE :