

POUR VOUS INSCRIRE

- ☐ **Fiche de renseignements et sanitaire complète.**
- ☐ **Règlement intérieur lu et approuvé.**
- ☐ **Votre numéro CAF/MSA ou le dernier avis d'imposition.**
- ☐ **Attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours.**
- ☐ **1 photo d'identité.**
- ☐ **Photocopies des vaccinations à jours.**
  (possibilité de les faire dans les différentes structures)
- ☐ **Adhésion annuelle 10€**
  (en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor public)

Maison des Jeunes

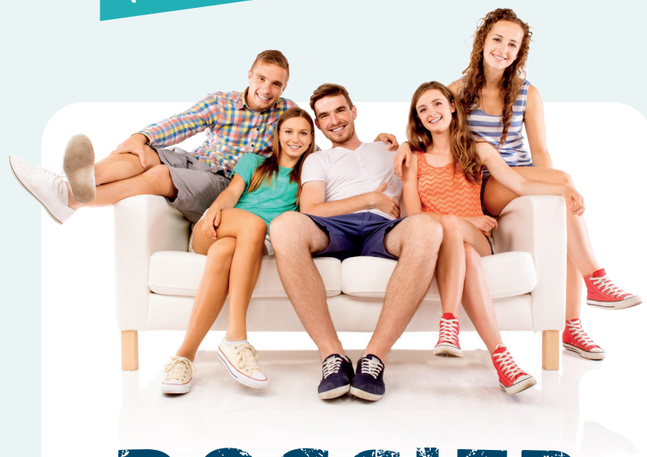
Avenue du 8 mai 1945
84310 Morières-Lès-Avignon

Tél. 04 86 19 20 35

E-mail : mdj@morieres.fr

MAISON DES JEUNES DE MORIÈRES

Avec les jeunes & pour les jeunes



DOSSIER D'ADHÉSION 2026-2027

ACCUEIL JEUNES DE MORIÈRES-LÈS-AVIGNON

Morières lès Avignon

Synergie family

ALLOCATIONS FAMILIALES Caf de Vaucluse

msa santé famille retraite services

Département de VAUCLUSE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant : ☐ Garçon ☐ Fille

NOM : .....
Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....
N° Téléphone du jeune : .....Mail : .....
N° Sécurité sociale : .....
Allocataire MSA ☐ ou CAF ☐ N° : ..... QF : .....
Nom de l'assurance, numéro de contrat et date d'expiration :
.....
Etablissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....

Photo

Cadre réservé ACCUEIL JEUNES
Adhésion réglée le :

Les parents ou tuteur légal :

NOM et prénom : .....
Adresse : .....
.....
N° Téléphone : .....
N° Portable : .....
N° Téléphone professionnel : .....
Mail : .....
Profession .....

NOM et prénom : .....
Adresse : .....
.....
N° Téléphone : .....
N° Portable : .....
N° Téléphone professionnel : .....
Mail : .....
Profession .....

	OUI	NON
J'autorise l'adhésion de mon enfant à l'Accueil jeunes de et j'atteste avoir pris connaissance du règlements intérieurs.		
J'autorise mon enfant à rentrer seul, à l'issue des horaires d'ouverture pour une sortie définitive, je décline toutes responsabilités des animateurs en cas d'incident dès sa sortie de la structure.		
J'autorise le l'Accueil Jeunes à prendre des photos dans le cadre des activités et à les publier dans la presse ou sur les supports internet de la structure.		
J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées par l'accueil Jeunes (déplacements en véhicules adaptés au transport d'enfants).		
J'autorise mon enfant à sortir à sa guise. Exemples : rejoindre un copain, aller acheter un goûter, etc.		

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e.....confirme l'inscription de l'enfant .....
Si l'enfant n'est pas autorisé à rentrer seul (cf case 2 du tableau précédent)
j'autorise mon enfant à quitter la structure avec :

Nom : ..... Tél. ..... Lien de parenté : .....
Nom : ..... Tél. ..... Lien de parenté : .....
Nom : ..... Tél. ..... Lien de parenté : .....
Nom : ..... Tél. ..... Lien de parenté : .....
Nom : ..... Tél. ..... Lien de parenté : .....

Votre enfant ne pourra pas quitter les structures avec des personnes non autorisés.
Dans le cas ou une personne non listé se présente, la structure s'engage à téléphoner aux parents ou au responsable légal, et ne pas laisser partir l'enfant sans votre accord.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccinations : joindre les photocopies des vaccins. (DTP)
Si votre enfant n'est pas vacciné, un certificat de non contagion vous sera demandé.

Renseignements médicaux obligatoires
Médecin Traitant : ..... Tél : .....
L'enfant présente-t-il des troubles de la santé : ☐ Oui ☐ Non
Si votre réponse est Oui, vous devez compléter un protocole d'accueil individualisé (P.A.I) veuillez vous rapprocher de l'équipe de direction qui vous expliquera la procédure à suivre.

Allergies alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Préciser : .....
Allergies médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non Préciser : .....
Asthme : ☐ Oui ☐ Non Diabète : ☐ Oui ☐ Non Epilepsie : ☐ Oui ☐ Non
Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (langage, comportement…) et la conduite à suivre.
.....
.....
Le directeur peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez

L'enfant suit-il un traitement régulier : ☐ Non ☐ Si oui, lesquels.....
Ou trouble de la santé implique t'il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence.
☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
Autres indications utiles (port de lunette, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :
.....

A-t-il déjà eu les Maladies suivantes :

Rubéole		Varicelle		Coqueluche		Scarlatine		Oreillons		Rougeole	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Je soussigné M..... responsable légal de l'enfant déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, autorisation d'hospitalisation, autorisation d'interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

L'inscription sera définitive
une fois toutes les pièces demandées et l'adhésion réglée.

Fait le : .....

Signature des parents
ou du responsable légal

Dossier enregistré le ...../...../.....
par .....

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de l'Accueil Jeunes. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à mdj@morieres.fr