

**DOSSIER D’INSCRIPTION ADULTES ET FAMILLES**

**AU CENTRE SOCIAL ANIMATION JEUNESSE RURALE**

**ANNÉE SCOLAIRE 2018 - 2019**

1. **RENSEIGNEMENTS FOYER**

|  |  |
| --- | --- |
| Adulte 1 **Responsable légal □** | Adulte 2 **Responsable légal □** |
| Civilité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Tél portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Situation Professionnelle**:En activité □ En recherche d’activité □ À la retraite □ | Civilité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Tél portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Situation Professionnelle**:En activité □ En recherche d’activité □ À la retraite □ |

**Situation du Foyer**: Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vie Maritale PACS

(Rayez les mentions inutiles)

**N° de sécurité sociale**: □-□□□□□□□□□□□□-□□

**Régimes**: □ CAF N° Allocataire :

 □ MSA N° Allocataire :

 □ AUTRE RÉGIME (Précisez le nom : CARSAT, SNCF, RSI…..) N° Allocataire :

1. **L’ADHÉRENT**

***Adhésion Individuelle :***

|  |  |
| --- | --- |
| **Adulte 1 3€** □ | **Adulte 2 3€** □ |

***Adhésion Familiale :* 8€**□

Nom : Prénom : Date de naissance : établissement scolaire :

Nom : Prénom : Date de naissance : établissement scolaire :

Nom : Prénom : Date de naissance : établissement scolaire :

Nom : Prénom : Date de naissance : établissement scolaire :

Nom : Prénom : Date de naissance : établissement scolaire :

**Règlement cotisation par :**

□ Chèque (à l’ordre de l’AJR) □ Espèces

|  |
| --- |
| DROIT A L’IMAGE |

Je soussigné (e) : Nom : ……………………………… Prénom :………………………………

DONNE  mon autorisation pour être photographié(e) ou filmé(e) lors de ma participation aux manifestations organisées par l’AJR pendant l’année scolaire 2018/2019. Que mon image soit conservée et utilisée pendant la durée de l’association, uniquement pour utilisation dans un but pédagogique et/ou d’information. Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour ma participation à la prise de vue et à sa diffusion.

* OUI
* NON

**SI OUI, veuillez préciser en entourant la mention désirée**:

* DONNE / REFUSE mon autorisation pour:

Que mon image soit reproduite **sur support papier** dans le cadre de l’établissement de tout document d’information élaboré par l’association.

* DONNE / REFUSE mon autorisation pour:

Que mon image soit reproduite **sur le site internet asso-ajr.fr** dans le cadre de l’établissement de tout document d’information élaboré par l’association.

* DONNE / REFUSE mon autorisation pour:

Que mon image soit reproduite sur **la page Facebook de l’association** dans le cadre de l’établissement de tout document d’information élaboré par l’association.

* DONNE / REFUSE mon autorisation pour: **Recevoir la NEWSLETTER du Centre Social par mail**

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX |

1. **Coordonnées du médecin de famille** ?

Nom : ………………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ……………………………………………………………………………….

1. **ALLERGIES**: (vous ou /et un membre de la famille). ***Mettre une croix dans la case si la réponse est OUI.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Monsieur | Madame |  |  |  |  |
| ASTHME |  |  |  |  |  |  |
| MÉDICAMENTEUSES |  |  |  |  |  |  |
| ALIMENTAIRES |  |  |  |  |  |  |
| AUTRES |  |  |  |  |  |  |

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :** ........................................................................................................................................................................................

1. **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) les **précautions à prendre :**

………………………………………………………………………………..................................................................................................................................

1. **RECOMMANDATIONS UTILES :**

PRÉCISEZ : ...................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS |

 *Je soussigné / Nous soussignons :*

Nom : ……………………………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………………………………….

Nom : ……………………………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………………………………….

* Acceptons les conditions de fonctionnement précisées sur le règlement intérieur.
* Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.
* Autorisons le responsable du centre social à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires en cas d’urgence de santé.

***Date et signature(s) :***

1. **INFORMATION (S) QUE VOUS DÉSIREZ NOUS COMMUNIQUER**
2. **PIÈCES À FOURNIR**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dossier d’inscription dûment rempli et signé  |
|  | Photocopie de l’attestation d’assurance couvrant la responsabilité civile individuelle |
|  | Paiement de l’adhésion annuelle associative. |
|  | Attestation CAF ou MSA ou RSI d’allocataire. **Ou avis d’imposition 2018 sur les revenus 2017**(Sans attestation ou avis d’imposition, les tarifs les plus élevés seront appliqués) |
|  | ***Si inscription à une activité physique (ZUMBA et GYM) :*** Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de cette (ces) activités.  |

**ACTIVITÉS PERMANENTES PROPOSÉES PAR LE CENTRE SOCIAL AJR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADULTES ET SÉNIORS** | **ACTIVITÉS** | **LIEUX** | **Publics spé** | **JOURS** | **HORAIRES** |
| **GYM DÉTENTE** | RIBÉCOURT LA TOUR | Seniors | MERCREDI | 18h15 à 19h15 |
| NOYELLES SUR ESCAUT (SDF) | Seniors, adultes RSA/ suivis UTPAS | Mardi | 9h-10h |
| WAMBAIX | Seniors | Mardi | 17h00 à 18h00 |
| **Bien être**  | NOYELLES SUR ESCAUT | Seniors, adultes RSA/ suivis UTPAS | Mardi | 10h15 à 11h45 |
| **ZUMBA** | NIERGNIES (SDF)  | Tout public | Lundi | 18h30 à 19h30 |
| **CYBER** | NOYELLES SUR ESCAUT | Seniors, adultes  | Lundi | 10h/12h FAQ (sur RDV)  |
| Jeudi | 11h00/12h00Tablettes Smartphones |
| Mercredi | 9h/12h Initiés13h30/15h30 Intermédiaires |
|  | Vendredi | 14h30/16h30 Débutants |
| **GUITARE**  | CANTAING SUR ESCAUT (local jeunes) puis Noyelles sur Escaut en Mars 2018 | Tout public | MERCREDI  | 18H00 À 19H00 Débutants |
| MERCREDI | 19H À 20H Initiés |
| **Club Guitare** | CANTAING SUR ESCAUT (Bibliothèque) puis Noyelles sur Escaut en Mars 2018 | Seniors, adultes  | LUNDI | 18H30 À 19H30 |
| **Marche** | DIVERS | Tout public | JEUDI | 9H30 à 11H45 |
| **Tricot** | SAILLY | SENIORS | JEUDI | 14H00 à 16H00 |
| **PARENTS/ENFANTS** | **Baby Gym** | NAVES | Parents/Enfants | Vendredi (1 x par mois) | 16h30 à 17h30 |
| **Massage bébé** | WAMBAIX | Parents/Enfants | Mardi | 9h00 à 10h00 |
| FONTAINE NOTRE DAME | Parents/Enfants | Jeudi | 9h00 à 10h00 |
| **Ateliers Parents/Enfants** | WAMBAIX | Parents/Enfants | Mardi | 10h00 à 11h30 |
| FONTAINE NOTRE DAME | Parents/Enfants | Jeudi | 10h00 à 11h30 |
| NAVES | Parents/Enfants | Vendredi (3 x par mois) | 16h30 à 17h30 |

**FICHE INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS DU CENTRE SOCIAL AJR**

**NOM : PRÉNOM :**

**COMMUNE :**

INDIQUEZ LA OU LES ACTIVITÉS POUR LESQUELLES VOUS DÉSIREZ VOUS INSCRIRE (Si adhésion familiale préciser le nom des adhérents)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHOIX ACTIVITÉS**  | **LIEUX** | **HORAIRES** | **NOM ET PRENOM DES INSCRITS** |
| **Exemple : GUITARE** |  |  | Inscrits 1 : Inscrits 2 : Inscrits 3 :  |
|  |  |  | Inscrits 1 : Inscrits 2 : Inscrits 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  | Inscrits 1 : Inscrits 2 : Inscrits 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  | Inscrits 1 : Inscrits 2 : Inscrits 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |