

DOSSIER D'INSCRIPTION ADULTES ET FAMILLES
AU CENTRE SOCIAL ANIMATION JEUNESSE RURALE
ANNÉE SCOLAIRE 2022 - 2023

I. RENSEIGNEMENTS FOYER

Adulte 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Adulte 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom : _____		Nom : _____	
Prénom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____		Adresse : _____	
_____		_____	
Tél domicile : __/__/__/__/_		Tél domicile : __/__/__/__/_	
Tél portable : __/__/__/__/_		Tél portable : __/__/__/__/_	
Mail : _____@_____		Mail : _____@_____	
Date de naissance : __/__/____		Date de naissance : __/__/____	
Situation Professionnelle :		Situation Professionnelle :	
En activité <input type="checkbox"/> En recherche d'activité <input type="checkbox"/> À la retraite <input type="checkbox"/>		En activité <input type="checkbox"/> En recherche d'activité <input type="checkbox"/> À la retraite <input type="checkbox"/>	

Situation du Foyer: Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve) Vie Maritale PACS
 (Rayez les mentions inutiles)

Régimes (Info obligatoire):

- CAF N° Allocataire :
- MSA N° Allocataire : Monsieur :
 Madame :
- AUTRE RÉGIME (Précisez le nom : CARSAT, SNCF, RSI.....) N° Allocataire :

II. L'ADHÉRENT

Adhésion Individuelle :

Adulte 1	3€ <input type="checkbox"/>	Adulte 2	3€ <input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------------------	-----------------	------------------------------------

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 :

- Carte Bancaire 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 2022/2023. 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 les réseaux sociaux** 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 chaîne You Tube 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**

PROTECTION DES DONNÉES

Vos données personnelles sont utilisées dans le cadre strict de l'exécution et du suivi de votre dossier, par les services de l'AJR en charge du traitement. Elles seront conservées pendant deux années à compter de votre dernière inscription au Centre Social.

En application du Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits (opposition, accès, rectification, effacement, limitation, portabilité) en vous adressant à csajr.secretariat@gmail.com

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

2. **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) :

.....

3. **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

4. **RECOMMANDATIONS UTILES :**

PRÉCISEZ :

Association Animation Jeunesse Rurale

Siège administratif : 8 rue Pasteur 59159 Noyelles sur Escaut
Agréée Éducation Populaire sous le n° 59JEP1843.

Tel : 03/27/70/18/12

SMS : 07/69/32/84/05 **Courriel :** n.leduc@asso-ajr.fr
Agréée centre social au 01^{er} septembre 2011

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) :

III. INFORMATION (S) QUE VOUS DÉSIREZ NOUS COMMUNIQUER

IV. 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 2022 sur les revenus 2021 (Sans attestation ou avis d'imposition, les tarifs les plus élevés seront appliqués)
	<u>Si inscription à une activité physique (GYM) :</u> Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de cette (ces) activités.

Pour les Adultes								
	AJR	EXTÉRIEURS		AJR	EXTÉRIEURS		AJR	EXTÉRIEURS
GYM DÉTENTE	1,00 € la séance	2,00 € la séance	GUITARE (COURS)	3,00 € la séance	4,00 € la séance	MARCHE	Gratuit	Gratuit
BIEN ÊTRE (SOPHRO)	1,00 € la séance	2,00 € la séance	STUDIO AJR LIBRE			COUTURE / TRICOT	Gratuit	Gratuit
INFORMATIQUE	1,00 € la séance	2,00 € la séance	STUDIO AJR ATELIERS	PRIX LIBRES		CLUB GUITARE (LIBRE)	Gratuit	Gratuit
FAITS MAISON	1,00 € la séance	2,00 € la séance	STUDIO AJR FORMATIONS MACHINES	30€ le cycle	40€ le cycle			
Pour les familles et leurs enfants								
Parentalité			Petite enfance			Enfance et Jeunesse		
	AJR	EXTÉRIEURS	Micro crèche				AJR	EXTÉRIEURS
BABY GYM	Gratuit	Gratuit	de 9h à 11h/jour	T1=6,10€ T2=6,50€ T3=7,00€		ALSH MERCREDI GARDERIE MATIN	T1=0,85 € T2=1,00€ T3=1,15€	
						ALSH MERCREDI (journée)	T1=6,00 € T2=6,88€ T3=7,92€	
ATELIER PARENTS/ENFANTS/GRANDS PARENTS	Gratuit	Gratuit	de 5h à moins de 9h par jour	T1=7,10€ T2=7,50€ T3=8,00€		ALSH MERCREDI (1/2 journée)	T1=2,25€ T2=2,58€ T3=2,97 €	
			Moins de 5h/jour	T1=8,00€ T2=8,50€ T3=9,00€		LALP Périscolaire FORFAIT ANNUEL	T1=4,25€ T2=5,00€ T3 =5,75€	T1 = 6,38€ T2 =7,50€ T3 = 8,63 €
			Pour une garde d'urgence	7,50€ de l'heure		LALP Vacances	Tarif forfaitaire adapté à chaque période de vacances	

Grille de modulation des tarifs en fonction du QF ou des revenus pour 2022/2023

Plafonds de revenus 2021

en vigueur du 1er janvier au 31 décembre 2021

Enfant(s) à charge	Tranche 1		Tranche 2			Tranche 3	
	Revenus Inférieurs à	QF inférieurs à *	Revenus Ne dépassant pas	QF ne dépassant pas*	Qf arrondi	Revenus Supérieurs à	Qf arrondi
1 enfant	21 277 €	684	47 283 €	1519	1499	47 283 € et +	1500 et +
2 enfants	24 297 €	694	53 995 €	1489		53 995 € et +	
3 enfants	27 317 €	623	60 707 €	1293		60 707 € et +	
4 enfants	30 337 €	644	67 419 €	1306		67 419 € et +	
Pour les activités suivantes:		Micro crèche	ALSH	LALP	Séjours		

Dégressivités des tarifs pour une fratrie		
Enfant 1:	100%	
Enfant 2:	-10%	du tarif de l'enfant 1
Enfant 3:	-20%	du tarif de l'enfant 1
Enfant 4 et +:	-30%	du tarif de l'enfant 1
Pour les activités suivantes:		Sorties Séjours