

I. RENSEIGNEMENTS FOYER

Adulte 1	Responsable légal ☐	Adulte 2	Responsable légal ☐
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 ☐ En recherche d'activité ☐ À la retraite ☐		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)

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€ ☐	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 2024/2025. 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 n.leduc@asso-ajr.fr

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
	Paieement de l’adhésion annuelle associative.
	Avis d’imposition 2024 sur les revenus 2023 (Sans 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.

FORFAITS ACTIVITÉS PERMANENTES

FORFAITS ANNUELS

ATELIERS DIÉTÉTIQUES : COMMUNES AJR 10€/AN – COMMUNES EXTÉRIEURES 15€/AN

Si inscription en cours d'année : Inférieur à 5 ateliers : Commune AJR 5,00€ - Commune Extérieure 8,00€
Supérieur à 5 ateliers : Communes AJR 8,00€ - Communes Extérieures 10,00€

FORFAITS TRIMESTRIELS

Trimestre 1 : Du 09 Septembre au 20 Décembre 2024 inclus
Trimestre 2 : Du 06 Janvier au 04 Avril 2025 inclus
Trimestre 3 : Du 22 Avril au 04 Juillet 2025 inclus

	COMMUNES AJR	COMMUNES EXTÉRIEURES
Gym *	10,00€	15,00€
Guitare *	36,00€	40,00€
Doigts Créatifs	10,00€	15,00€
Pilates Centre Social La Source *	10,00€	15,00€
Sophrologie *	10,00€	15,00€

SI INSCRIPTION EN COURS DE TRIMESTRE :

	COMMUNES AJR		COMMUNES EXTÉRIEURES	
	Si < 5 séances	Si > 5 séances	Si < 5 séances	Si > 5 séances
Gym *	5,00€	8,00€	7,00€	10,00€
Guitare *	18,00€	21,00€	20,00€	23,00€
Doigts Créatifs	5,00€	8,00€	7,00€	10,00€
Pilates Centre Social La Source *	5,00€	8,00€	7,00€	10,00€
Sophrologie *	5,00€	8,00€	7,00€	10,00€

*À noter : Pas d'activités aux vacances et jours fériés

CALENDRIER DES VACANCES SCOLAIRES 2024/2025

- Du 19 Octobre au 4 Novembre 2024
- Du 21 Décembre 2024 au 6 Janvier 2025
- Du 8 Février au 24 Février 2025
- Du 5 Avril au 22 Avril 2025
- À partir du 5 Juillet 2024