

**I. RENSEIGNEMENTS ENFANT**

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ____/____/____	Domicile de l'Enfant: Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....
---	--

**II. COTISATION ADHÉSION**

Individuelle 3€ **(Complétez le III ci-dessous)**

Familiale 8€ **(Complétez la fiche familiale)**

**III. RENSEIGNEMENTS PARENTS**

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

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

**Nombre de frères et sœurs ?** \_\_\_\_\_ **Âge des frères et sœurs :** \_\_\_\_\_

**Résidence principale de l'enfant ?**  Adulte 1  Adulte 2

**Régimes (Info obligatoire):**

CAF N° Allocataire : .....

MSA N° Allocataire : Monsieur : .....

Madame : .....

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

**Règlement cotisation par :**

Carte Bancaire

Chèque (à l'ordre de l'AJR)

Espèces



# Fiches d'autorisations

## A. Sorties

Je soussigné(e) M ou Mme.....

Représentant légal de .....

Autorise les professionnelles de la Micro-crèche « La Cabane de Séraphin »:

A emmener mon enfant hors de la structure dans le cadre de sorties organisées par la micro-crèche et dans le respect de la législation en vigueur

Fait à : .....

Le : .....

Signatures :



## B. Droit à l'image

Je soussigné(e) ....., responsable légal de .....

Accorde à la micro crèche « La Cabane de Séraphin »: Le droit d'utiliser la ou les photographies prise(s) sur la structure ou en sorties de mon enfant.

- Pour les afficher au sein de la structure : oui / non
- Au centre social AJR : oui/non
- Sur la page fermée Facebook de la crèche : oui/ non

## 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 eu 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](mailto:n.leduc@asso-ajr.fr)

Fait à : .....

Le : .....

Signatures :

**Association Animation Jeunesse Rurale**

Siège administratif : 8 rue Pasteur 59159 Noyelles sur Escaut  
Tel: 03/27/70/18/12      SMS: 07 69 32 84 05      Site web: asso-ajr.fr  
Courriel : [n.leduc@asso-ajr.fr](mailto:n.leduc@asso-ajr.fr)

Agréée Éducation Populaire sous le n° 59JEP1843.

Agréée centre social au 01<sup>er</sup> septembre 2011



## C. Hospitalisation, Soin et Intervention chirurgicale en cas d'urgence

Nous, soussignés père et mère de l'enfant .....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant .....

Fait à : .....

Le : .....

Signatures de parents :

Je soussigné(e) : .....responsable de l'enfant : .....

Autorise la responsable de la micro crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche.

NOM	PRÉNOM	LIEN	ADRESSE	NUMÉRO(S) TÉLÉPHONE

Fait à : .....

Le : .....

Signatures de parents

## I. INFORMATION (S) QUE VOUS DÉSIREZ NOUS COMMUNIQUER

## II. PIÈCES À FOURNIR

	Photocopie du livret de Famille
	Dossier d'inscription dûment rempli et signé par les parents ou les (s) représentants légal (aux)
	Photocopie du carnet de vaccination
	Certificat médical de non contre indication à la vie en collectivité par le médecin traitant
	Une ordonnance de délivrance de Doliprane valable 1 an établi par le médecin
	Une autorisation d'admission du Doliprane à l'enfant
	Photocopie de l'attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile individuelle
	<b>Paiement : de l'adhésion annuelle associative 8,00€</b>
	Attestation CAF ou MSA ou RSI d'allocataire.
	Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 (Sans avis d'imposition, les tarifs les plus élevés seront appliqués). En cas de changement de situation depuis le dernier avis d'imposition : Les 3 dernières fiches de paies.
	Justificatif de Domicile datant de – 3 mois
	En cas de séparation du couple parental : Décision du juge pour l'autorité parentale

## III. SIGNATURES

Signature de la mère Date :	Signature du père Date :	Signature du représentant légal Date :