

**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 : ____/____/____   |  |
| <b>Situation Professionnelle :</b>   |  | <b>Situation Professionnelle :</b>   |  |
| 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"/> |  |
| Sans emploi <input type="checkbox"/>   |  | San emploi <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 SAISON 2025/26**

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

**Adhésion Familiale SAISON 2025/26 : 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

## 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 OBLIGATOIRE

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

### IV. PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIRES

|  |   |
|--|---|
|  | <b>Dossier d'inscription dûment rempli et signé</b>   |
|  | <b>Photocopie de l'attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile individuelle</b>   |
|  | <b>Paiement de l'adhésion annuelle associative.</b>   |
|  | <b>Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (Sans avis d'imposition, les tarifs les plus élevés seront appliqués)</b>                                      |
|  | <b><u>Si inscription à une activité physique (GYM) :</u></b><br><b>Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de cette (ces) activités.</b> |

## 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 2025/2026. 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](mailto: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](mailto:n.leduc@asso-ajr.fr)  
Agréée centre social au 01<sup>er</sup> septembre 2011

## FORFAITS ACTIVITÉS PERMANENTES

ATELIERS DIÉTÉTIQUES SUR VILLERS EN CAUCHIES ET THUN SAINT MARTIN :  
10,00€/AN

PILATE : 60,00€ LE TRIMESTRE OU 180,00€ L'ANNÉE

LE PASS LOISIRS (Activités à la carte 6/10 ans)  
FORFAIT 20,00€

**À NOTER : PAS DE SÉANCES AUX VACANCES SCOLAIRES ET JOURS FÉRIÉS.**

### CALENDRIER DES VACANCES SCOLAIRES 2025/2026

- Du 18 Octobre au 3 Novembre 2025
- Du 20 Décembre 2025 au 5 Janvier 2026
- Du 7 Février au 23 Février 2026
- Du 4 Avril au 20 Avril 2026
- À partir du 4 Juillet 2026

Trimestre 1 : Du 29 Septembre au 20 Décembre 2025 inclus

Trimestre 2 : Du 05 Janvier au 10 Avril 2026 inclus

Trimestre 3 : Du 27 Avril au 03 Juillet 2026 inclus