

DOSSIER D'INSCRIPTION MINEUR ALSH
AU CENTRE SOCIAL ANIMATION JEUNESSE RURALE
ANNÉE SCOLAIRE 2025 - 2026

I. RENSEIGNEMENTS DU MINEUR ADHÉRENT

NOM : Prénom : Date de naissance : ____/____/____ Adresse (Si différente du responsable légal) :	ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ en Septembre 2025 : Tél portable du mineur : ____/____/____/____/____ Mail du mineur :@.....
---	---

II. COTISATION ADHÉSION SAISON 2025/26

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

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

III. RENSEIGNEMENTS FOYER (Si adhésion individuelle)

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

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

Résidence principale de l'enfant ? ① ②

Régimes (info obligatoire) :

CAF N° Allocataire : Quotient Familial : Date d'attribution :

MSA N° Allocataire : Monsieur :
 Madame :

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

Règlement cotisation par :

Chèque (à l'ordre de l'AJR)

Espèces



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. INFORMATION (S) QUE VOUS DÉSIREZ NOUS COMMUNIQUER

V. PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIRES

	Dossier d'inscription dûment rempli et signé par les parents ou les (s) représentants légal (aux)
	Photocopie du carnet de vaccination (ou report des informations sur la page 4)
	Photocopie de l'attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile individuelle
	Paiement : de l'adhésion annuelle associative
	Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (Sans avis d'imposition, les tarifs les plus élevés seront appliqués)
	Test aisance aquatique ou brevet de natation 25m

VI. SIGNATURES OBLIGATOIRES

Signature de l'autorité parentale 1 : Date :	Signature de l'autorité parentale 2 : Date :	Signature de l'accueillant : Date :
---	---	--

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

Agréée Éducation Populaire sous le n° 59JEP1843.

Agréée centre social au 01^{er} septembre 2011

ÉDITÉ LE 29/4/2025