



# Structure Ado de Seignelay

## Maison de l'Enfance « La Guilde »

La Guilde : 06.36.08.00.99 / [infos.la-gilde@orange.fr](mailto:infos.la-gilde@orange.fr)



# Dossier d'inscription

## « La Guilde »

**Photo**

**Obligatoire**  
(Ne pas coller)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

### Renseignements administratifs obligatoires :

N° Sécurité sociale (couvrant l'enfant) :

Caisse de sécurité sociale de :

Mutuelle :                    Non                    Oui (précisez laquelle)

Assurance (couvrant l'enfant) :

N° Allocataires CAF / MSA ou Autres régimes\* :

**\*Obligatoire ! votre facture est calculée en fonction de votre Quotient Familial sans celui-ci le quotient familial le plus élevé vous sera affecté. Si le numéro d'allocataire n'est pas renseigné, vous devez fournir une attestation de votre régime d'appartenance.**

Quotient familial :                    ( Il est indiqué sur vos documents CAF)

Et à préciser aussi sur les fiches des vacances si changement

### Documents obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription :

- Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire)
- Attestation d'assurance individuelle Accident ou Corporelle (facultative)
- Justificatif de domicile
- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photo d'identité ou                    **j'autorise l'animatrice à prendre une photo de mon ado pour le dossier**
- Photocopie livret de famille

Les dossiers d'inscription doivent dûment être remplis et remis avec tous les documents administratifs demandés.

Un dossier incomplet ne pourra pas être enregistré et l'inscription de votre ado s'en verra retardée.



## Composition de la famille

### Adolescent concerné

Photo

obligatoire

(ne pas coller)

|                   |  |                |       |
|-------------------|--|----------------|-------|
| Nom et prénom     |  | Garçon         | Fille |
| Date de naissance |  | Groupe sanguin |       |
| Tél portable      |  | Ton mail       |       |

### Situation familiale

Vie maritale      Pacsé(e)      Union libre      Célibataire      Divorcé(e)      Séparé(e)      Veuf(ve)

**En cas de séparation** (photocopie du jugement ou autorisation de l'autre parent)

 Garde principale chez :      La mère      Le père      Garde alternée  
**Facturation à adresser à**      **La mère**      **Le père**      **Les deux**

À préciser sur les fiches des mercredis et vacances si changement

### Identité de la famille

| Les parents                    | Mère |     | Père |     |
|--------------------------------|------|-----|------|-----|
| Nom et prénom                  |      |     |      |     |
| Responsable de l'enfant        | Oui  | Non | Oui  | Non |
| Tél portable                   |      |     |      |     |
| Tél travail ou autre           |      |     |      |     |
| Adresse mail                   |      |     |      |     |
| Adresse postale                |      |     |      |     |
| Autorisé à récupérer votre ado | Oui  | Non | Oui  | Non |
| À contacter en cas d'urgence   | Oui  | Non | Oui  | Non |

Vous devez communiquer tout changement concernant votre situation durant l'année scolaire

### Personnes à contacter et autorisées à récupérer votre ado (autres que les parents)

Je dégage la commune de Seignelay de toutes responsabilités au moment de la prise en charge de mon (mes) adolescent(s) par cette personne.

| Contact                      | Conjoint / conjointe | Contact 1    | Contact 2    |
|------------------------------|----------------------|--------------|--------------|
| Nom et prénom                |                      |              |              |
| Lien avec votre ado          |                      |              |              |
| Tél portable                 |                      |              |              |
| Tél travail ou autre         |                      |              |              |
| Adresse mail                 |                      |              |              |
| Adresse postale              |                      |              |              |
| A contacter en cas d'urgence | Oui      Non         | Oui      Non | Oui      Non |

Si occasionnellement votre enfant doit être récupéré par une autre personne que celles désignées ci-dessus, il nous faudra obligatoirement une autorisation écrite de votre part (manuscrite, mail, texto). Un contrôle de l'identité de la personne sera effectué par l'animateur si cette personne n'est pas connue de l'équipe.

## **Fiche sanitaire de liaison et de sortie 2026-2027**

### Adolescent concerné

|     |  |        |  |
|-----|--|--------|--|
| Nom |  | Prénom |  |
|-----|--|--------|--|

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'adolescent)

### Joindre obligatoirement les copies du carnet de santé



| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date des Derniers rappels | Vaccins recommandés        | Oui | Non | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-----|-----|-------|
| Diphthérite          |     |     |                           | Hépatite B                 |     |     |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |     |     |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                 |     |     |       |
| Ou DT polio          |     |     |                           | Autres (préciser)          |     |     |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                           |                            |     |     |       |
| BCG                  |     |     |                           |                            |     |     |       |

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

**L'adolescent suit-il un traitement médical ?**      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 traitement médicamenteux quel qu'il soit ne peut être administré à un mineur sans ordonnance et prescription médicale.**

Existence d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) :      Oui      Non

**Si oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes information utile.**

Votre adolescent est-il allergique :      Oui      Non

Si oui, précisez l'allergie :      Asthme      Alimentation      Médicamenteuse

Précisez-la ou les causes des allergies et la conduite à tenir :

Votre adolescent présente-t'il une pathologie nécessitant une attention particulière :      Oui      Non

| Votre adolescent porte-t-il : | Oui | Non | Appareil dentaire              | Oui | Non |
|-------------------------------|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|
| Des lunettes                  |     |     | Des prothèses dentaires        |     |     |
| Des lentilles                 |     |     | Des prothèses auditives        |     |     |
|                               |     |     | Des diabolo ou yoyo d'oreilles |     |     |

### Situation de handicap

Notification de la M.D.P.H (Maison Départementale des Personnes Handicapées) :      Oui      Non

Autre Pathologie :

### Médecin traitant :

Nom :      Prénom :      Téléphone

Je soussigné,      responsable légal de l'adolescent      , déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches et autorise le responsable de la Guilde, en accord avec un médecin, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon adolescent après avoir essayé de me joindre.

### Information restauration :

Repas sans porc      oui      non

**Fait à :**

**Le :**

**Signature :**



## Je m'engage...

- Je suis poli (bonjour, au revoir, merci...).
- Je ne porte pas de jugement sur les autres (pas de critique physique ou autres)
- Je participe aux différentes tâches pour que mon lieu d'accueil reste convivial. (Vaisselle, aspirateur, nettoyer la table et rangement)
- Pour mon téléphone portable : je suis autorisé à le prendre mais je n'en abuse pas.
  - ★ Le but étant de ne pas rester dans ma bulle avec mon téléphone mais de communiquer avec les autres.
- Pas de vidéo et de photo à la structure. (Tout le monde n'a pas le droit à l'image.)
- Quand je m'inscris, je participe volontiers aux activités proposées.
- Pour les sorties, priorité sera faite aux ados qui fréquentent régulièrement la structure. (*Hors consommations = que pour les sorties*)

Si je participe aux projets K = je récolte de l'argent pour la structure ado.

(Je participe à la tenue d'un stand sur des manifestations diverses.)

**Pas d'ados pour les projets K = pas de récolte** (c'est votre choix, pas le mien)

## Les solutions...de Tata Roro

- Un planning de tâches sera défini si je vois que ça ne tourne pas.
- (Comme par hasard, quand les tâches commencent, certains d'entre vous partent chez eux.)
- Les téléphones seront confisqués (restitués au départ de la structure)

**Les solutions peuvent être évitées si tout le monde y met du sien.**

Je m'engage à avoir pris connaissance et à respecter le règlement de la structure ado.

Les responsables légaux déclarent avoir pris connaissance du règlement de la structure adolescents.

Signature de votre ado

Fait à :

le :

Signature des responsables légaux