

Syndicat Intercommunal du Regroupement Scolaire  
Des Coteaux du Laonnois  
1, Place du Général de Gaulle  
02860 BRUYERES et MONTBERAULT  
✉ [siscotlaonnois@gmail.com](mailto:siscotlaonnois@gmail.com)



Ecole de Bruyères et Montbérault



Ecole de Presles et Thierny

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023

- Inscription scolaire
- Accueil du matin
- Pause méridienne
- Accueil du soir
- Transport scolaire

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**DOSSIER A RENDRE IMPERATIVEMENT POUR LE : 15 Juin 2022**



Syndicat Intercommunal du Regroupement Scolaire Des Coteaux du Laonnois  
 1, Place du Général de Gaulle  
 02860 BRUYERES et MONTBERAULT  
 ✉ siscotlaonnois@gmail.com

**FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT 2022/2023**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../..... Classe : .....

<b>RESPONSABLE LEGAL 1</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<b>RESPONSABLE LEGAL 2</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél Fixe : .....	Tél Fixe : .....
Portable : .....	Portable : .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
<b>PARENTS SEPARES OU DIVORCES</b>	
Autorité parentale de l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, semaines paires	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Si oui, semaines impaires	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Autres (précisez) :	

<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	
Médecin Traitant : .....	Tél : .....
<b>ALLERGIES</b> (Toute allergie nécessite la mise en place d'un P.A.I)	
<input type="checkbox"/> Alimentaires, précisez	.....
<input type="checkbox"/> Médicamenteuses, précisez	.....
<input type="checkbox"/> Autres (ex : pollen, animaux...) précisez	.....
<b>RENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS</b> (antécédents, port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement, difficultés de sommeil, enurésie nocturne...)	
.....	
<b>ASSURANCE</b>	
Compagnie assurance : .....	
N° de police d'assurance : .....	
<b>PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT</b> ( Hors responsables légaux)	
<b>NOM - PRENOM</b>	<b>LIEN AVEC L'ENFANT</b>
.....	<b>N° DE TELEPHONE</b>
.....	.....
.....	.....

Je soussigné(e), ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature(s) :

FREQUENTATION DES SERVICES			
PAUSE MERIDIENNE	ACCUEIL DU MATIN		ACCUEIL DU SOIR
<input type="checkbox"/> Toute la semaine	<input type="checkbox"/> Toute la semaine		<input type="checkbox"/> Toute la semaine
<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis		<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis
<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		<input type="checkbox"/> Occasionnellement
TRANSPORT SCOLAIRE (inscription sur <a href="http://www.tul-laon.fr/cartes-scolaires">www.tul-laon.fr/cartes-scolaires</a> ) (1 seule ligne possible sauf pour les enfants en garde alternée)			
<input type="checkbox"/> Ligne Veslud – Parfondru - Chérêt - Bruyères		<input type="checkbox"/> Ligne Vorges – Presles – Laval – Nouvion - Bruyères	
MATIN	SOIR	MATIN	SOIR
<input type="checkbox"/> Toute la semaine	<input type="checkbox"/> Toute la semaine	<input type="checkbox"/> Toute la semaine	<input type="checkbox"/> Toute la semaine
<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Tous les lundis <input type="checkbox"/> Tous les mardis <input type="checkbox"/> Tous les jeudis <input type="checkbox"/> Tous les vendredis
<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
AUTORISATIONS DIVERSES			
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire du soir (à partir de 7 ans) <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à être photographié/filmé (usage interne) <input type="checkbox"/> J'autorise l'équipe d'animation, sous ma responsabilité et en cas de maladie de mon enfant, de l'aider à prendre les médicaments prescrits par son médecin traitant, suivant le double de l'ordonnance.			
PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR (en l'absence de ces documents l'inscription ne sera pas validée)			
<input type="checkbox"/> Copie complète du livret de famille (pour une nouvelle inscription périscolaire) <input type="checkbox"/> Copie du jugement (pour parents séparés ou divorcés pour une inscription scolaire) <input type="checkbox"/> Copie du justificatif de domicile de moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Copie des vaccins <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation d'assurance scolaire <input type="checkbox"/> Attestation annuelle Quotient Familial éditée par la CAF			

Je soussigné(e) : .....

Père, mère, tuteur de l'enfant(1) : .....

(1) rayer les mentions inutiles

- Déclare l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier et s'engage à informer le syndicat scolaire de tout changement sur ce dossier.
- Atteste avoir pris connaissance du livret d'informations scolaires et périscolaires et s'engage à en respecter le fonctionnement.

Fait à ....., le ...../...../.....  
Signature(s) (précédée(s) de la mention "lu et approuvé")

Visa du Maire de la commune de résidence  
le ...../...../.....